

令和 年 月 日

保護者 様

志木市立志木第二中学校
校 長 島 村 直 人

日本スポーツ振興センター災害共済給付金の振込先調査について

お子様が学校管理下で負傷し受診されましたので、日本スポーツ振興センターに申請手続きをいたします。子ども医療費助成制度等は利用せず、一旦、保護者の方が窓口で医療費をご負担願います。別紙の申請に必要な書類(月ごと)を病院等で記入していただき、「医療機関・調剤薬局により発行された領収書(原本)」と添付して学校に提出してください。なお、初診から治癒までの診療における総医療点数500点以上としない場合(医療費の保険診療分による自己負担額が、初診から治癒までの総額で1,500円未満)は、対象外となりますのでご了承ください。医療機関によっては、文書料が発生する場合がありますので、窓口でご確認ください。

また、給付金は保護者名義の口座への振り込みにより支給されますので、下記の調査用紙にご記入の上、学校までご提出ください。なお、振り込みまで3か月程度かかりますが、ご理解、ご了承くださいようお願い申し上げます。

— — — — — キ リ ト リ セ ン — — — — —

日本スポーツ振興センター災害共済給付金・振込先の調査書

保護者住所 志木市

保護者氏名

1	学 校 名	学 年 ・ 組	フリガナ				
	志木市立志木第二中学校	年 組	生徒氏名				
2	指定金融機関名 (保護者の口座)	銀 行 ・ 信 用 金 庫					
		支 店 名	支 店				
		店 番 号					
3	口 座 名 義	フリガナ					
4	預 金 種 目	普 通 ・ 当 座					
5	口 座 番 号						
6	医療費助成制度の使用の有無及び 使用をした場合は、 該当に○をつけてください。 (日本スポーツ振興センター災害 給付制度の活用にご協力ください)	1 使用していない 2 使用した ・志木市子ども医療 ・ひとり親家庭医療 ・重度心身障がい者医療 ・生活保護					

※振込み口座番号等を、提出前に再度ご確認ください。