

年 月 日

眼鏡見舞金申請書

一般社団法人 茨城県 P T A 安全互助会理事長 様

下記の事故について、事実と相違ないことを証明し、見舞金給付規程により眼鏡見舞金を申請します。

学校名 _____ 立 _____ 園・学校

P T A 会長(代表) _____

学校長(園長) _____

所在地 〒 _____

電話番号 (_____) FAX (_____)

事務担当者名 _____

被災者 住所	郡 町 市 村			
フリガナ 被災者 氏名		男 ・ 女	年 齢	歳
電 話	(_____)			
加入種別	1. P T A 会員(保護者・教職員) 2. 児童・生徒等 3. 指導者 4. その他(_____)			
事業種別	1. P T A 主催事業 2. P T A 共催事業(共催団体名 _____)			
被災日時	年 月 日 曜日(午前・午後 時 分頃)			
被災場所				
事業名称				
損壊原因 と 状 況				

※ 申請期間は、事故発生日より **90 日以内**とする。