スポーツ振興センター災害共済給付金申込書

担任	教科担任・顧問
印	印

年　　組　　番	ふりがな 生徒氏名	男・女
平成　　年　　月　　日生		
自宅☎　　（　　）	保護者氏名	印

災害発生日時	令和　　年　　月　　日（　　）　午前・午後　　時　　分
災害発生場所	
初診の日	令和　　年　　月　　日（　　）
受診医療機関名	

※災害発生から初診まで３日を経過している場合は理由を記載してください。

＊できるだけ具体的に記入してください。

災害発生の状況	場所	校舎内の階段・校庭・体育館　など	
	場合	体育の授業中（陸上）・〇〇部練習中 登校時　など	
	行動	ドリブルをしていて 階段を降りていて　など	
	原因	相手選手とぶつかった つまずいて転んだ　など	
	状態	右足首を捻った 指をボールに強打した　など	
負傷の状況	場所	右手首・左膝・右足首　など	
	状態	切った・打撲した・捻挫した　など	
	対処	保護者とすぐに受診した・そのまま 様子をみた・保健室で湿布したなど	

中学生のみ記入

公費負担医療制度の利用	あり　・　なし　（どちらかに〇をつけてください。） 【ありの場合、助成を申請した市町名を記入し、該当する項目に〇をつけてください。】 助成を申請した市町名［　　］ ひとり親・子ども医療助成・その他［　　］