

障 害 報 告 書

※受付番号

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものです。	被災児童生徒等		フリガナ氏名		学年	男	保護者等(受給者)氏名		
					年	女			
	障害の原因となった負傷、疾病の発生日時及び当初の傷病名			日時	平成 年 月 日 午 前 後 時 分			当初の傷病名	
	初診	平成 年 月 日		療養期間	平成 年 月 日から		平成 年 月 日まで		
上記被災者の災害は、学校(保育所)の管理下において発生したものに相違ありません。 平成 年 月 日 学校(保育所)名及び所在地 校長(保育所長)氏名 印									
傷病名						傷病の部位			
傷病の治ゆ又は症状固定日			平成 年 月 日				治 癒 症 状 固 定		
障害状況の詳細(図で示すことができるものは図解すること。) 									
上記のとおりであることを証明します。 平成 年 月 日 医療機関所在地及び名称 氏 名 印									
※決 定						級		円	

医療機関へお願い

傷病の治ゆ又は症状固定日欄中、治ゆ・症状固定のどちらかを○でかこんでください。

(注) 1 「障害状況の詳細」の欄について記載欄が不足するときは適宜別紙に記載して添付すること。なお、障害状況が外部から明らかに認められないときは、レントゲンフィルム又は写真等を添付すること。
 2 ※印は、記入しないこと。
 3 この報告書の用紙は、日本工業規格A4縦型とすること。