

小平第六小学校PTA 宛

小平第六小学校PTA 宛

申請者氏名:

児童氏名: (年 組)

下記に該当する者の氏名:

☐ a. 弔慰金5,000円

(☐児童・☐児童の保護者・☐教職員 の死亡)

□b.見舞金3,000円

(□児童・□教職員 の疾病・負傷による2週間以上の入院)

↓b.の場合は下記を記入

入院日数: 日(年 月 日 ~ 年 月 日)※

病院名:

※同一年度内の内容について申請可能とします。年度末の内容等のご相談ください。

以下は学校及びPTAにて記入します。給付は各担任を通じて行います。

各担任サイン:

副校長サイン:

PTA本部会計サイン:

給付日： 年 月 日