

障害報告書

※受付日 令和 年 月 日

※受付番号

被災児童 生徒等	フリガナ 氏名		学年	性別	保護者等 (受給者) 氏名	
障害の原因となつた負傷、疾病の発生日時及び当初の傷病名		日 時	昭和 平成 令和 年 月 日 時 分		当初の傷病名	
初診	昭和 平成 令和 年 月 日	療養期間	昭・平・令 年 月 日から 昭・平・令 年 月 日まで		の 日間	
傷病名			傷病の部位			
傷病の治ゆ又は症状固定日		令和 年 月 日			治 症 状 固 定 日	
障害診断を した医師	住 所					
	氏 名					
傷病から障害 までの経過						
上記のことは事実と相違のないことを証明します。 令和 年 月 日 学校(保育所等) 名及び所在地 校長(園長・所長)氏名						
※決 定				級	円	

○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。

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 障害診断書を添付すること。
 - 2 「傷病から障害までの経過」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。
 - 3 ※印は、記入しないこと。
 - 4 この報告書の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。