

独立行政法人日本スポーツ振興センター理事長 殿

設置者住所
設置者名

印

医療費支払請求書

平成 年 月分医療費下記の 件について、別紙災害報告書、災害継続報告書及び医療等の状況のとおりですので、支払を請求します。

学年 (年齢) 性別	被災児童生徒等氏名	災害発生年月日 初回・継続別(月分)	傷病名 (医療等の状況から転記してください)	給付金請求額		備 考
				医療費・点 医療費・円	食事療養費 その他	
男・女		年 月 日 発生 初・継(年 月分)		点 円	円	
男・女		年 月 日 発生 初・継(年 月分)		点 円	円	
男・女		年 月 日 発生 初・継(年 月分)		点 円	円	
男・女		年 月 日 発生 初・継(年 月分)		点 円	円	
男・女		年 月 日 発生 初・継(年 月分)		点 円	円	
男・女		年 月 日 発生 初・継(年 月分)		点 円	円	
男・女		年 月 日 発生 初・継(年 月分)		点 円	円	
男・女		年 月 日 発生 初・継(年 月分)		点 円	円	
男・女		年 月 日 発生 初・継(年 月分)		点 円	円	
男・女		年 月 日 発生 初・継(年 月分)		点 円	円	
学校(保育所等)名						

(注) この請求書の用紙は、日本工業規格A4横型とすること。