

様式 8

賠償責任給付金請求書

P T A の 名 称		学校TEL	
当時の行事等名			
損害発生の日時	年	月	日 () 時 分
疾 病 名			
損害発生の場所			
加 害 者 の 名 氏	フリガナ	TEL	
		() 歳	
住 所			
被 害 者 の 名 氏	フリガナ	TEL	
		() 歳	
住 所			
被害を受けた状況 及び財物の品名・ 数量・金額			
加 害 時 の 状 況 (詳細に記載して 下さい)			
上記のことは、事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 学校所在地 〒 P T A 名 会長氏名 印			

注1 食中毒の場合もこの様式をご利用下さい。

(保険会社記入欄)

支払手続日	内訳	お支払金額	お支払先名
年 月 日		円	

※お振込日は支払手続日から約2営業日頃となります