

PTA親子安全会見舞金請求申請書 (2026年度改訂版)



※治療回数が2回以上でなければ申請できません。
 ※傷害事故発生日から2年経過すると申請できません。(2016年4月1日 施行)
 ※証明書類は事務局負担となります。(2022年4月1日 施行)
 ※交通事故によるけがは対象外ですが、自転車の自損事故のみ親子安全会の対象となります。
 (2022年4月1日 施行)

ふりがなのご記入もお願いします。

「児童・生徒 父母会員 教職員」いずれかに○をつけてください。

証明書の事故発生日と同日かお確かめください。

学校への申請年月日 (西暦で)		年	月	日
①障害(死亡)者の氏名				
○印で記入	児童・生徒	父母会員	教職員	
	ふりがな	年	組	生年月日 (西暦で) 年 月 日生
氏名		(年齢)	(歳)	男・女
②事故等の状況				
事故発生日時		(西暦で)	年 月 日	曜日 午前・午後 時頃
事故発生場所		例 県内 / 県外() 県 / 海外() 国		
事故発生原因		例 安全小学校校庭		
傷害事故の原因・発生状況について(詳細に記入してください)。 ・事故発生後、初めて病院等にかかるまでの日数(1日以上いる場合はその理由もお書きください)。 (死亡の場合は原因を記入)		例 下校後、学校に遊びに行つてブランコから落下した。その時に右腕を地面に強くぶつけ負傷した。		
③PTA・社会的行事活動中、スポーツ少年団・クラブチーム・地域クラブ等の事故傷害の場合は記入してください。				
行事について		参加した児童生徒の所属について		
主催者()		団体名()		
行事名()		種目()		
④夜間・休日、遠方等で応急的に1回だけかかった場合は下に記入してください。				
病・施設		例 安全病院		
		※2回以上かかった場合は証明書が必要です。 受診日 年 月 日		

申請書提出時の氏名・学年・組・生年月日(西暦)・年齢・性別をご記入ください。
 ※例外1
 小学校6年生の時のけがで現在中学1年生であるが、小学校で提出したい場合は、小学校6年生の時の学年・組・年齢のご記入をお願いします。
 例外2
 中学3年生の時のけがで高校1年生になってからの申請の場合は、中学3年生の時の学年・組・年齢のご記入をお願いします。

スポ少やクラブチーム、習い事の教室などで負ったけがの場合は必ずご記入ください。

休日や夜間のため救急で受診、県外でのけがで現地で受診、その他、1回だけ受診した場合、ご記入していただく欄です。その場合は医療機関の証明書は必要ありません。
 ※一般的に証明書発行の医療機関とは異なる病・医院名が書かれます。
 ※救急受診1回、証明書記載の治療回数が1回、計2回での申請も可能です。

「サッカーをしていてけがをした」などの記載の場合、もう少し詳しく記載してください。また、先生方が状況を詳しくご存知の場合は、メモ等で加筆修正してください。平日の夕方、下校後に発生した事故の場合、「下校後」と明記していただくとありがたいです。事故発生日から医療機関受診初日までに8日以上間がある場合は、その理由もご記入ください。

けがが行事中に発生した場合に記入してください。

必ずお確かめください。

上の太線内は申請者(保護者)が記入してください

上記のとおり相違なきため医師等の証明書を添えて見舞金の請求をいたします。

学校名	見舞金請求担当者名	職名()
電話		
校長名・印	PTA会長名・印	

記入頂いた内容は、PTA親子安全会見舞金給付に関する資料としてのみ使用します。

※死亡(病死、事故死等)の場合は医師の証明書は不要です。

必ずお確かめください。

この証明書は、山梨県医師会・山梨県歯科医師会のご協力により作成いただいております。
 医師連判は当事者負担となります。(2022年4月1日 施行)
 証明書料も病院等でご記入ください。
 交通事故によるけがは対象外ですが、自転車の自損事故のみ親子安全会の対象となります。(2022年4月1日 施行)

山梨県PTA親子安全会



証 明 書

氏 名 (男・女)
 生 年 月 日 (西暦で) 年 月 日
 住 所 市・郡
 事故発生日 (西暦で) 年 月 日

申請書の事故発生日と同日かお確かめください。

※事故発生日から180日以内の状況をご記入ください。
 180日を超えて記入してある場合は、通院治療回数が調整され減少します。

記載してあるかお確かめください。
 記載がない場合は受け付けることができません。

傷病名 (※必記)																	
入院期間	(西暦で)	年	月	日から	(日間)											
通院期間	(西暦で)	年	月	日まで	(日間)											
実質通院 治療回数																	
診 察 日 (往診も含む)																	
後遺症	有	その程度について記入															
	無																
永久歯の完全脱臼か所 または神経を抜いての治療か所	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	合計
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

記載してあるかお確かめください。
 また、上記の実質通院治療回数との整合性についてもご確認ください。

2回以上の治療回数であるか、お確かめください。
 ※申請書の④欄に、この証明書記入医療機関と異なる医療機関を1回受診したことが記載されている場合は、それも1回と数えますので、この欄の記載が1回でも提出していただけます。

証明書料は、保護者様にいったんお支払いしていただきます。審査会後にお見舞金と共に親子安全会事務局からお支払いいたします。

後遺症「有」の場合は、顧問医師により査定が行われます。目に見えるような後遺症の場合は画像をつけてください。そうでない場合は状況について文章による説明をご提出ください。

証明書料 円

上記のとおり証明します。

(西暦で) 年 月 日

・病院名
 (診療科)
 ・所在地
 ・電話番号
 ・医師名

この欄に記載及び印のない証明書は無効となります。
 お確かめください。

印

整骨院・接骨院の証明書で、傷病名が「骨折(骨端線損傷)」や「脱臼」の場合、医師による診断と、整骨院・接骨院での施術への同意が必要です。整形外科等での受診があるか留意してください。