

年 月 日

学生傷害補助支出願

下記の通り傷害補助をお願いします。

学 部		学 年	
学籍番号		氏 名	
連絡先	(自宅) (携帯)		
証明者名	⑩		
申請事由			

【注意】治療にかかった領収書を添付してください。

以下は学生課で記入いたしますので記載しないでください。

治療期間		治療合計金額	
1日平均 治療金額		傷害見舞金	
補助金額 算定方法	(円) × (日) = 円		
補助金額	円	記載者	⑩

受付日	備 考

学生課 TEL04-7183-6518

大学事務局長	総務部長	学事部長	学生課長	受 付