

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	学部	学 年	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