日本スポーツ振興センター申請用紙

年 組 番		フリガナ 氏 名	男・女
生年月日	平成	年 月 日	保護者氏名
発生時	令和 年 月 日 曜日		午前・午後 時 分頃
	登校中・下校中（ 電車 ・ 自動車 ・ 自転車 ・ バス ・ 徒歩 ）		
	始業前 休み時間 昼休み 放課後		
	授業中（科目名 ） 部活中（部活名 ）		
場 所	学校内	内	体育館 格技場 廊下 階段 玄関 トイレ 教室 その他（ ）
		外	グラウンド 野球場 サッカー場 テニスコート その他（ ）
	学校外	運動施設（ ）※他校の体育館・グラウンドの場合は学校名も記載 道路 山 海 川 その他（ ）	
発生状況	（例）体育の授業中、バスケットボールのゲームをしていた。リバウンドボールを取ろうとジャンプして着地した時、横にいた生徒の足を踏み、右足首を強く捻った。		
受診までの 処置	アイシング ・ テーピング ・ 湿布 ・ 洗浄 ・ 止血 ・ 固定 その他（ ）		
受診等	病院名（ ）	初診日	令和 年 月 日
	病院名（ ）	初診日	令和 年 月 日
	整骨院（ ）	初診日	令和 年 月 日
	薬局名（ ）	初診日	令和 年 月 日
	装 具（ あり ・ なし ） ※装具のみの領収書を必ず提出してください。		
支払方法	公費負担医療制度を利用した場合は記入してください。 制 度 名 ☐ 乳幼児 ☐ ひとり親 ☐ 子ども医療制度 ☐ 障害者総合支援法 自己負担額（ ）円		

＜注意事項＞

- 本人が記入して保健室まで提出してください。
- 受診した病院や薬局等が複数ある場合も、すべて記入してください。
- 確認のため、支払いを行ったすべての領収書のコピーを一度提出してください。（原本の場合でも返却しません。必要な場合はお申し出ください。）
- 月ごとの申請になるため、月をまたいで受診する際は本人から保健室に連絡をしてください。