

様式 8

号

平成 年 月 日

愛媛県 P T A 連合会親子安全互助会長殿

P T A 名 _____

会長氏名 _____ 印

永久後遺障害見舞金支払請求書

_____の災害について、別紙
(P T A の名称) (氏名)
診断書のとおりでありますので、支払を請求します。