

治癒証明書

学校名 _____

児童生徒名 _____ 年 _____ 組 _____

病 _____
医療機関で証明を受けてください

_____ 月 _____ 日より登校してよろしい。

付記：

交付日
住所
医師名

実際に医療機関で支払われた金額を記入してください。**金額の訂正・修正はできません。**
ただし、500円を上限としますので、500円以上かかった場合は500円、500円以下の場合は実際に支払われた金額（医療機関での支払額が300円の場合は300円）と記入してください。

※治癒証明書の助成金を請求される時は、下記請求書に必要事項を記入し、領収書等の原本を貼付して、このまま学校へ提出してください

※原則として助成金の振込先は児童生徒が在学する学校の学校徴収金振替口座となります。

治癒証明書助成金請求書

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

尾張旭市長 殿

上記治癒証明書の発行に必要なとなった費用として、助成金 _____ 円を学校徴収金振替口座に振込んでください。

お子さまの学年・組、氏名を記入してください。

児童生徒名 _____ 年 _____ 組 _____

保護者住所 _____
氏名 _____ 印 _____

住所・署名・押印をしてください。

※なお、学校徴収金振替口座を登録していない場合のみ、下記に振込口座を記入してください。

	金融機関名	種類	口座番号
振込口座	銀行 店		
	原則として「学校徴収金振替口座」に助成金を振込みますので記入は不要です。		
	口座名義人		

裏面に領収書等（レシート可）を貼付してください。

※費用については500円以内で、実際に支払った金額を記入してください。

※金額については訂正・修正ができませんので、ご注意ください。