

歯 牙 欠 損 報 告 書

※受付日 年 月 日

※受付番号

被災児童 生徒等	フリガナ 氏 名		学年	性別	保護者等 (受給者) 氏 名	
歯 牙 欠 損 の 原 因 と な っ た 負 傷、疾 病 の 発 生 日 時 及 び 当 初 の 傷 病 名		日 時	年 月 日 時 分		当初の傷病名	
					当初の災害 報告書番号	
初 診	年 月 日	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで			
傷 病 名				傷病の部位		
傷病の治ゆ又は症状固定日		年 月 日			治 ゆ 症状固定	
診 断 を し た 医 師	住 所					
	氏 名					
傷 病 か ら 歯 牙 欠 損 ま での 経 過						
<p>上記のことは事実と相違のないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">学校(保育所等) 名及び所在地</p> <p style="text-align: center;">校長(園長・所長)氏名</p>						
※決 定						円

- (注) 1 歯牙欠損診断書を添付すること。
 2 「傷病から歯牙欠損までの経過」の欄について記載欄が不足するときは適宜別紙に記載して添付すること。
 3 ※印は、記入しないこと。
 4 この報告書の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。