

原子爆弾被爆者見舞金支給申請書兼請求書

年 月 日

大磯町長 殿

住所	大磯町
氏名	印
電話	

次のとおり原子爆弾被爆者見舞金の支給を申請及び請求します。

公費負担医療の受給者番号					
対象者氏名					
対象者住所					
生年月日および性別		明治 大正 年 月 日生 昭和		男性 女性	
交付年月日 (資格取得年月日)		昭和 年 月 日 平成			
見舞金の額		6,000円			
見舞金振込先		信用金庫 銀行・農協		本店 支店	種目 普通 当座
		口座番号		ふりがな 口座名義	
担当課記入欄	支給決定	支給する	支給しない	決定日	年 月 日
	決定要件	住民票	有・無	台帳	有・無
	課長	主幹	副主幹	所属職員	

※ 担当課記入欄には、記入しないでください。