

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

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 本店 銀行・農協 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	副課長	係長	所属職員	

※ 担当課記入欄には、記入しないでください。