

所沢市交通遺児手当支給申請書

年 月 日

(宛先) 所沢市長

住所 所沢市 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_  
 (保護者) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 遺児との関係 \_\_\_\_\_  
 電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

所沢市交通遺児手当支給条例の規定により下記のとおり申請します。

記

事故で死亡した者	死亡時の住所			事故発生日時	年 月 日	午前 時 分	午後 時 分
	氏名			事故発生場所			
	生年月日	年 月 日		死亡年月日			
	遺児との続柄	父 ・ 母		事故の状況等			
支給の対象となる遺児	氏名	生	年 月 日	住民となった年月日	幼児・小学生・中学生		
			・ ・	・ ・			
			・ ・	・ ・			
			・ ・	・ ・			
			・ ・	・ ・			
振込先金融機関名		銀行支店	口座名	口座番号	普・当No.		

ここからは記入しないで下さい。

決定書	支給する ・ 支給しない							備考
	市長	副市長	部長	参事	課長	リーダー	担当	
	支給(認定)期間	年 月 から 受給資格喪失月まで					受付	年 月 日