

| | | | | | |
|------|----------------|----|--|------|----|
| (伺い) | | 課長 | | リーダー | 担当 |
| 次のとお | 《記入例》 | | | | |
| 支給・却 | 下部太枠内をご記入ください。 | | | | 日 |

様式第1号

| | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|----------------------|----------|------------------|-----------------|
| 原子爆弾被爆者入院見舞金支給申請書 | | | | | |
| 公費負担者番号 | | | | 公費負担医療の 受給者番号 | |
| 被爆者 | 住所 | 所沢市並木1-1-1 | | | |
| | 氏名 | 所沢 花子 | 生年月日 | 昭和15年4月1日 | |
| 入院医療機関先名 | 〇〇××病院 | | | | |
| 入院期間 | 平成31年4月30日 ~ 令和元年5月1日 | | | | |
| 振込先口座について | | | | | |
| 振込先金融機関 | △△△ | 銀行 | 信用金庫 | □□□ | 本店 支店 出張所 |
| フリガナ | トコロザワ ハナコ | 普通 | | | |
| 口座名義人 | 所沢 花子 | 口座番号 | 貯蓄 当座 | 1234567 | |
| 上記のとおり入院見舞金の支給を申請します。 | | | | | |
| 令和 元年 5 月 7 日 | | | | | |
| (宛先) 所沢市長 | | | | | |
| 申請者 | 住所 | 〒359-8501 所沢市並木1-1-1 | | | |
| | 氏名 | 所沢 花子 | | | |
| 電話番号 | 04 (2998) 9113 | | | | |