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			
	氏名		生年月日	年　月　日
入院先医療機関名				
入院期間	年　月　日 ～ 年　月　日			

振込先口座について

振込先金融機関	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所
フリガナ		口座番号	普通 貯蓄 当座
口座名義人			

上記のとおり入院見舞金の支給を申請します。

令和　年　月　日

（宛先）所沢市長

〒

申請者　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿