

《記入例》

下部太枠内をご記入ください。

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	令和3 年 4 月 1 日 ~ 令和3 年 6 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 農協														
フリガナ	トコロザワ ハナコ			本店 支店 出張所											
口座名義人	所沢 花子			口座番号	普通 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 3 年 10 月 7 日

(宛先) 所沢市長

〒 359-8501

申請者 住所 所沢市並木1-1-1

氏 名 所沢 花子

電話番号 04 (2998) 9113