

(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	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	□□□	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 3 年 10 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			