

被爆者援護費支給申請書

年 月 日

(申請先)

横 浜 市 長

援護費の支給を希望するので、次のとおり申請します。

申請者氏名				明治 大正 年 月 日生 昭和 (歳)
住 所	〒 横浜市 区			
電話番号	()			
日中連絡先	()			
被爆者健康 手帳の番号	① 公費負担番号			
	② 公費負担医療の受給者番号			
振込先 金融機関			銀 行 信用金庫 農 協	本 店 支 店 出張所
	種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ	()		
	口座名義人			

- (注 意) 1 口座名義人は、申請者本人に限ります。
 2 申請書を提出する際、被爆者健康手帳の1ページ目の写しと住民票の写しを添付してください。
 3 申請内容に変更が生じた場合は、速やかに届出ください。

※処理欄は記入しないでください。

※ 処 理 欄	福祉保健センター 受 付	局 受 付	決 定 区 分	備 考
			<input type="checkbox"/> 承 認 <input type="checkbox"/> 不 承 認	
			承 認 番 号	