

被爆者援護費支給申請書

〇〇年 〇月 ×日

(申請先)

横浜市 長

押印して下さい

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	横浜 太郎			明治 大正 〇〇年△△月□□日生 昭和 (×× 歳)
住所	〒×××-●●●● 横浜市 〇 区 〇〇町1-1-1			神奈川県が発行している被爆者健康手帳の公費負担者番号は、「1914601-8」となります
電話番号	(045) ×××-△△△△			
日中連絡先	□□□ (××××) △〇△△			
被爆者健康手帳の番号	① 公費負担番号	1914601-8		
	② 公費負担医療の受給者番号	△□〇△□〇-△		
振込先金融機関	●●		銀行 信用金庫 農協	〇〇 本店 支店 出張所
	種別	普通 当座	口座番号	×××××××
	フリガナ	(ヨコハマ タロウ)		
	口座名義人	横浜 太郎		

- (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	口座番号は7ケタでご記入下さい (口座番号が7ケタではない場合は、頭に「0」を記入) ※ゆうちょ銀行の場合は、振込用の 口座番号 (7ケタ) ご記入下さい