

被爆者援護費支給申請書

〇〇年 〇月 ×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      | 横浜 太郎                         |              | 明治<br>大正 〇〇年△△月□□日生<br>昭和 (×× 歳)             |
| 住所         | 〒231-0005<br>横浜市 中区 本町6-50-10 |              | 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       | 〇〇〇 (△△△) ××××                |              |  |
| 日中連絡先      | 〇〇〇 (△△△△) ××××               |              |  |
| 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<br>信用金庫<br>農 協          |              | 〇〇 本店<br>支店<br>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。

|                  |                 |     |  |
|------------------|-----------------|-----|--|
| ※<br>処<br>理<br>欄 | 福祉保健センター<br>受 付 | 局 受 | 口座番号は7ケタでご記入下さい<br>(口座番号が7ケタではない場合は、頭に「0」を記入)<br>※ゆうちょ銀行の場合は、振込用の<br>口座番号 (7ケタ) ご記入下さい |
|                  |                 |     |  |