

第1号様式（第3条関係）

茅ヶ崎市原子爆弾被爆者援護手当資格認定申請書

年 月 日			
(あて先) 茅ヶ崎市長			
住 所			
申請者 氏 名			
電話番号			
茅ヶ崎市原子爆弾被爆者援護手当の受給資格の認定を受けたいので、次のとおり申請します。			
居住開始年月日	年 月 日		
被爆者健康手帳	番号	第 号	発行機関名
援護手当 の振込先	銀行・金庫		普通 当座
	組合		
	口座番号	口座名義人 (カタカナ)	