

年 月 日

(宛先)野田市長

住 所  
申請者  
氏 名

野田市被爆者健康管理援助金支給申請書

被爆者健康管理援助金の支給を受けたいので、野田市被爆者健康管理援助金支給規則  
第4条の規定により申請します。

受	ふりがな			
	氏 名			
給	生年月日	年 月 日	電話番号	
	住 所			
者	被爆者健康 手帳の発行 先 及 び 受給者番号	第 号	交 付 年 月 日	年 月 日
	振 込 先	金融機関名	銀行 支店	預金種別 普通・当座
	口座名義人		口座番号	

注 申請時には、被爆者健康手帳を提示してください。