

様式第1号（第5条関係）

口唇・口蓋裂児手術見舞金支給申請書

年 月 日

（宛先）太田市長

申請者住所  
電話番号  
保護者氏名

次のとおり手術を受けたので、太田市口唇・口蓋裂児手術見舞金支給規則第5条の規定により申請します。

児 童 氏 名 (男・女)	続柄	年 月 日生
病 院 名	手 術 日	年 月 日
疾 患 名		

添付書類

口唇・口蓋裂児手術証明書（様式第1号の2）  
見舞金額 100,000円

次のとおり口座振替を申し込みます。

金 融 機 関 名	銀 行・信用金庫 労働金庫・信用組合 農業協同組合	本店・本所 支店・支所 出張所
預金の種別	普通（総合）・当座	口座番号
フリガナ		
預金名義人		

※保護者氏名の欄については、記名押印又は署名のいずれかとする。