

様式第1号（第5条関係）

脳疾患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、太田市脳疾患児に対する開頭手術等見舞金支給規則第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

・脳疾患児手術証明書（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事。