

災害障害見舞金支給認定申請書

※受付日				※受付番号				※受付者				※障害番号			
障 害 者 に 関 す る 事 項	フリガナ								男・女		年 月 日生（ 歳）				
	障 害 者 の 氏 名														
	障害の原因となる 負傷又は疾病の状態 となった年月日		年 月 日						住 所						
	負傷・疾病の状況		災害名						傷病を負った場所						
障害の種類、程度等		医師の氏名		所属する医療機関名 医師の氏名 （ ） （ ）											
		障害の状況		災害弔慰金の支給等に関する法律（昭和48年法律第82号）別表の該当事項（ 号）											
上記のとおり災害障害見舞金の支給認定申請をいたします。															
年 月 日															
徳 島 市 長 殿															
申請者															