

交通手当支給申請書

令和 年 月 日

千葉県知事様

手帳番号

0	0				
---	---	--	--	--	--

〒

住所

(電話番号 — —)

氏名

㊟

注 申請者欄の氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

原子爆弾被爆者交通手当支給要領第4条により交通手当を支給されるよう申請します。

受診年月日	令和 年 月 日			
健康診断の種別	一般検査	がん健診	精密検査	
受診場所				
交通経路及び運賃	交通機関の種別	乗車区間	片道運賃	往復運賃
	J・R・私鉄・バス・その他()	～	円	円
		～		
		～		
申請額 (往復運賃の合計額を記入)			円	
			決定額	※ 円

※記入しないでください。

あなたの振込口座 (申請者本人名義の口座であること。)

振込金融機関 本(支)店名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	店 所	預金種別 口座番号	普通・当座 No.
金融機関コード	本店コード	支店コード		