**茨城県社会福祉協議会　交通遺児福祉基金激励金　申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな申請者氏名（交通遺児） |  | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
|  |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 就学状況等 |  |
| ふりがな保護者氏名 |  | 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
|  |
| 住　　所 | 〒※上記申請者と異なる場合のみご記入ください。 |
| 電話番号 | ※上記申請者と異なる場合のみご記入ください。 | 申請者との続　　柄 |  |
| 死亡者氏名 |  | 申請者との続　　柄 |  |
| 事故発生年　月　日 | 　　　 年　　　月　　　日 | 死亡年月日 | 　　　 年　　　月　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 振込口座 | 　　　　　　　　　　銀行・信用金庫・農協・その他　　　　　　　　　支店 |
| 口座番号 | 普通・当座　　No. |
| ふ り が な口座名義 |  |

貴会の交通遺児福祉基金激励金について申請します。ついては、上記事項は事実に相違ありません。

令和　　　　年　　　　月　　　　日

社会福祉法人　茨城県社会福祉協議会長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者氏名）

※交通遺児１名につき１枚の申請書を提出してください。

※添付書類として以下の書類すべてを提出してください。

①申請書

②交通事故による死亡確認のできる公的書類等（死亡診断書、死体検案書、交通事故証明書のうちいずれか）

③世帯の戸籍謄本（全部事項証明書）

④住民票謄本

⑤学生証、在学証明書、卒業見込証明書（高等学校卒業程度認定試験合格者は合格の確認ができるもの）

※②～⑤はコピーでも可