

災 害 見 舞 金 申 請 書

罹災者 氏名		所属 施設名	
生年月日	年 月 日生	会員番号	
地区長 又は 施設代表者 の 証 明	罹災の場所		
	罹災の原因 及びその状況		
	上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 証明者 役職名 氏 名 ⑩		
摘要			
振込先 口座	銀行 _____ 支店 _____ 普通 ・ 当座 預金 (○をつけてください) (フリガナ) 口座番号 _____ 口座名義 _____		
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 申請者 (本人) 住 所 〒 _____ 氏 名 _____ ⑩ 公益社団法人 沖縄県看護協会 会長 殿			

以下看護協会記入欄ですので、ご記入は不要です。

処 理 事 項	受理	決定	支給
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	会 長	専 務	事務局長
			決定金額
			円