

原子爆弾被爆者交通手当支給申請書

請求額 金 円也

内 訳

受診月日	区 間	交通機関 種 別	金 額	備 考
月 日	往路 ー			
月 日	復路 ー			
計			円	

一般

がん 検査を受診のための交通手当を上記のとおり申請します。

精密

年 月 日

受診者居住地

氏 名

印

三重県知事あて

交通手当振込口座

金融機関名

支店名

口座種類

口座番号

(フリガナ)

口座名義

一般

上記のとおり がん 検査を受診されたことを証明します。

精密

年 月 日

保健所名

担当者氏名

印