

災害障害見舞金に係る受領申出書

負傷された方	住所	湯沢市佐竹町1番1号		
	氏名	湯沢 太郎		
	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女 ・ その他	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇〇日
	負傷された日時	令和〇年 5月 18日 午後〇時 〇〇分頃		
	負傷された場所	湯沢市〇〇町1-2-3		
	状況	<input checked="" type="checkbox"/> 家屋等の倒壊 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		業務中 (<input checked="" type="checkbox"/> はい：勤務先 (株)佐竹商事 湯沢支店 、 <input type="checkbox"/> いいえ)		
	障害者手帳の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無	等級	Ⅰ 級 Ⅰ 種
障がいの部位または障害者手帳の内容	〇〇による〇〇機能の...			
被災時の世帯状況	続柄	氏名	住所	扶養の有無
	妻	湯沢 花子	湯沢市佐竹町1番1号	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
	子	湯沢 一郎	同上	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
	子	湯沢 小町	同上	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
				有 ・ 無
				有 ・ 無
				有 ・ 無
				有 ・ 無

湯沢市長あて

災害障害見舞金の受領を行うことを申し出ます。

被災時、生計維持者であった。(はい いいえ)

また、湯沢市が災害障害見舞金支給に係る調査を行うため、必要な範囲で住民基本台帳・戸籍・所得情報・国民健康保険・要介護（要支援）認定・障害者手帳に係る情報及びり災証明を閲覧すること並びにこれらを公用請求すること、並びに診断書発行元の病院に対する聞き取り等を行うことに同意します。

湯沢市が今回の災害に関連する傷病の発症や憎悪の有無を確認する等、災害障害見舞金の措置のため、必要な範囲で医療機関、健康保険の保険者、社会福祉施設、介護保険指定事業者、官公署及びその関係人等に報告を求めることに同意します。

令和〇年 〇〇月 〇日

〒 012-0824

〒 XXX-XXXX

住所 湯沢市佐竹町1番1号

(連絡先住所) 〇〇市〇〇町4-5-6

氏名 (自筆署名) 湯沢 太郎

電話 XXX-XXXX-XXXX