

様式第1号（第5条関係）

交通事故見舞金支給申請書

年 月 日

総社市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
(署名又は記名押印)  
対象者との関係  
電話番号

総社市交通事故見舞金支給条例第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

対 象 者	住 所				
	氏 名				
	生 年 月 日	年	月	日	
	種 類	<input type="checkbox"/> 死亡見舞金			
		<input type="checkbox"/> 傷害見舞金	入院 日間	年 月 日から	年 月 日まで
	事故発生日時	年 月 日	午前 午後	時 分頃	
	事故発生場所				
事 故 内 容					
<input type="checkbox"/> 見舞金支給の対象となった交通事故は、対象者の故意又は重過失によるものではありません。					

振込口座

金融機関名	支店名	種別	口座番号	フリガナ 名義人

<遺族代表者指定の同意>

上記交通事故見舞金の申請及び受領に関し、総社市交通事故見舞金支給条例施行規則第4条第3項に定める同順位の者から同意を得ています。

申請者氏名 \_\_\_\_\_