

様式第35号 (第29条関係)

| 移 送 費 支 給 申 請 書 | | | | | | | | | |
|--|-------------------|---|--|------------------------|---------------|-------|---|--|--|
| 被 保 険 者 記 号 ・ 番 号 | 移送を受けた 被保険者の氏名 | | | | | | | | |
| | 個 人 番 号 | | | | | | | | |
| 資 格 | 一般・退職本人・退職被扶養 | | | 生 年 月 日 | | 年 月 日 | | | |
| 傷 病 名 及 び そ の 原 因 | | | | | | | | | |
| 発病又は負傷 の 年 月 日 | 年 月 日 | | | 移 送 に 要 し た 費 用 の 額 | | | 円 | | |
| 移 送 経 路 | (k m) | | | | | | | | |
| 移 送 方 法 | | | | 移 送 年 月 日 | | 年 月 日 | | | |
| 付 添 人 の 氏 名 及 び 住 所 | | | | | | | | | |
| 受取口座 ※ 右記の□のいずれかに☑を入 れてください。 | | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する。 (利用する場合は、下記の口座情報の記入は不要です。) | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。(下記に口座情報を記入してください。) | | | | | | | |
| 振込先金融機関名 | | 預 金 種 目 及 び 口 座 番 号 | | | 預 金 口 座 名 義 人 | | | | |
| 銀 行 信 用 金 庫 農 業 協 同 組 合 支 店 | | 普 通 ・ 当 座 | | | フリガナ | | | | |
| | | | | | 名 義 人 | | | | |
| <p>上記のとおり別紙証明書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(提出先) 川越市長</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> | | | | | | | | | |

| | |
|-------|--|
| 受付印 | |
| 受付担当者 | |