

甲 慰 金 給 付 請 求 書

加入番号		口数追加の有無	有 ・ 無
加入年月日	年 月 日	口数追加日	年 月 日
加入者	氏名	男 女	生年月日
	住所		心身障害者 との続柄
心身障害者	氏名	男 女	死亡年月日
	死亡の原因となった傷病名		
<p>上記のとおり、甲慰金の給付を請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">（加入者）</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p>長 崎 県 知 事 様</p>			

- 添付書類
- 1 加入者の住民票の写し（ただし、加入者の氏名が知事へ届け出ている氏名と異なる場合は戸籍の抄本）
  - 2 心身障害者の消除された住民票の写し（ただし、心身障害者の氏名が知事へ届け出ている氏名と異なる場合は除籍の抄本）
  - 3 預金口座振込依頼書