

(様式2)

災 害 見 舞 金 申 請 書

所 属	歯科衛生士会		
会 員 番 号		氏 名	
被害の種類	(1) 家屋の床上浸水 (2) 家屋の全半壊・家屋の全半焼		
被害年月日	令和 年 月 日		
預金口座 振込先	銀行 普通・当座 名義	支店 預金 口座番号	(本人名義に限ります)

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

公益社団法人日本歯科衛生士会会長 殿

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所属会名

会長氏名

職印