

【記入例】亡くなられた場合

交通遺児認定申請書										
令和〇年〇月〇日										
公益財団法人佐藤交通遺児福祉基金										
理事長 宮前勝美様										
申請者 住所 前橋市大手町1-1-1										
氏名 前橋松子 印										
次のとおり認定申請します。										
交通遺児	住所	〒371-8570 前橋市大手町1-1-1 電話番号 027-224-2007 メールアドレス sato-kikin@kde.biglobe.ne.jp 居住状況 ☒ 自宅 ☐ 自宅外（ ☐ 寮 ☐ アパート等 ☐ その他）								
	フリガナ	マエバシ イチロウ		性別	平成〇年〇月〇日					
	氏名	前橋一郎		男・女						
	在籍する学校 （未就学児は記入不要）	〇〇〇小学校				学年	第〇学年			
申請者	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日			遺児との続柄	遺児の母				
	勤務先	〇〇〇〇会社			電話番号	027-224-2007				
扶養者の 交通事故 等の概要	氏名	遺児との 続柄		死亡又は重度の心身障害の別 （重度の人は、身体障害者手帳ナンバー記入のこと）						
	前橋太郎		父		死亡					
	事故発生 年月日・場所	平成〇年〇月〇日			場所	前橋市〇〇県道				
	死亡日時	平成〇年〇月〇日 〇時〇分								
	事故の状況	〇年〇月〇日〇時頃、勤務先からの帰宅途中、前橋市〇〇県道を歩いて横断中、信号無視の車にはなられ、救急車で〇〇病院に搬送されたが、〇時〇分に死亡。								
遺児の 家族構成	氏名	続柄	生年月日			職業（勤務先、学校名等）				
	前橋松子	母	昭和〇年〇月〇日	平成〇年〇月〇日			〇〇〇〇会社			
	前橋次郎	兄	昭和〇年〇月〇日	平成〇年〇月〇日			〇〇中学校			
	前橋花子	妹	昭和〇年〇月〇日	平成〇年〇月〇日			〇〇幼稚園			
	前橋梅子	祖母	昭和〇年〇月〇日	平成〇年〇月〇日			無職			
			昭和〇年〇月〇日	平成〇年〇月〇日						

- ◆本申請書に記載された個人情報、交通遺児であることを確認するため提出していただくものです。
- ◆本申請書に記載された個人情報は交通遺児等に対する助成事業を行っている各種団体等に提供することがあります。提供することに同意されない場合は、次の□欄にチェック（✓）して下さい。

□ 同意しません

- 注 1. 交通遺児1人ごとに別件としてください。
2. ※印欄は記入しないでください。
3. 楷書で分かりやすく記入してください。
4. 事故証明書、死亡診断書等の書類（コピー可）を添付してください。

※

認定番号							
SHCコード*							
振込先	銀行名				支店名		
	口座番号						
入力者名月日							

【記入例】 後遺障害が残られた場合

交通遺児認定申請書										
令和〇年〇月〇日										
公益財団法人佐藤交通遺児福祉基金										
理事長 宮 前 勝 美 様										
申請者 住 所 前橋市大手町1-1-1										
氏 名 前 橋 太 郎 印										
次のとおり認定申請します。										
交通遺児	住 所	〒371-8570 前橋市大手町1-1-1 電話番号 027-224-2007 メールアドレス sato-kikin@kde.biglobe.ne.jp 居住状況 ☒ 自宅 ☐ 自宅外 (☐ 寮 ☐ アパート等 ☐ その他)								
	フリガナ	マエバシ イチロウ		性別	生年月日 平成 〇 年 〇 月 〇 日					
	氏 名	前 橋 一 郎		男・女						
	在籍する学校 (未就学児は記入不要)	〇 〇 〇 小 学 校				学年	第 〇 学年			
申請者	生年月日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日			遺児との続柄	遺児の 父				
	勤 務 先	〇 〇 〇 〇 会 社			電話番号	027-224-2007				
扶養者の 交通事故 等の概要	氏 名	遺児との 続柄		死亡又は重度の心身障害の別 (重度の人は、身体障害者手帳ナンバー記入のこと)						
	前 橋 太 郎	父		〇〇機能障害〇級 (群馬県第〇〇〇〇号)						
	事故発生 年月日・場所	平成〇年 〇 月 〇 日			場所	前橋市〇〇県道				
	死亡日時	平成〇 年 〇 月 〇 日 〇 時 〇 分								
事故の状況	〇年〇月〇日〇時頃、勤務先からの帰宅途中、前橋市〇〇県道を歩いて横断中、信号無視の車にはねられ、救急車で〇〇病院に搬送。1年間入院したが、障害が残り〇年〇月〇日障害者手帳の交付を受けた。									
遺児の 家族構成	氏 名	続柄	生年月日			職業 (勤務先、学校名等)				
	前 橋 松 子	母	昭和 〇 年 〇 月 〇 日	〇〇〇〇会社						
	前 橋 次 郎	兄	昭和 〇 年 〇 月 〇 日	〇〇中学校						
	前 橋 花 子	妹	昭和 〇 年 〇 月 〇 日	〇〇幼稚園						
	前 橋 梅 子	祖母	昭和 〇 年 〇 月 〇 日	無職						
			昭和 年 月 日							

◆本申請書に記載された個人情報は、交通遺児であることを確認するため提出していただくものです。
◆本申請書に記載された個人情報は交通遺児等に対する助成事業を行っている各種団体等に提供することがあります。提供することに同意されない場合は、次の□欄にチェック (✓) して下さい。
□ 同意しません

- 注 1. 交通遺児 1 人ごとに別件としてください。
2. ※印欄は記入しないでください。
3. 楷書で分かりやすく記入してください。
4. 事故証明書、死亡診断書等の書類 (コピー可) を添付してください。

認 定 番 号						
SHC コート*						
振込先	銀 行 名				支店名	
	口座番号					
入力者名月日						