

交通遺児認定申請書										
令和 年 月 日										
公益財団法人佐藤交通遺児福祉基金 理事長 様										
申請者 住所 氏 名 印										
次のとおり認定申請します。										
交通遺児	住 所	〒 電話番号 メールアドレス 居住状況 ☐ 自宅 ☐ 自宅外 (☐ 寮 ☐ アパート等 ☐ その他)								
	フリガナ			性別	生年月日		年 月 日			
	氏 名			男・女						
	在籍する学校 (未就学児は記入不要)						学年	第	学年	
申請者	生年月日	年 月 日			遺児との続柄		遺児の			
	勤 務 先				電話番号					
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)						
	事故発生 年月日・場所	年 月 日			場所					
	死亡日時	年 月 日			時	分				
	事故の状況									
遺児の 家族構成	氏 名	続柄	生年月日			職業 (勤務先、学校名等)				
			昭 平 令 和 成 和	年 月 日						
			昭 平 令 和 成 和	年 月 日						
			昭 平 令 和 成 和	年 月 日						
			昭 平 令 和 成 和	年 月 日						
			昭 平 令 和 成 和	年 月 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								