

公益財団法人  
群馬県交通安全協会  
理事長 町田 錦一郎 様

申請者（本人・代理人）

住所

氏名

連絡先

## 交通事故入院見舞金給付申請書

私は、以下のとおり、公益財団法人群馬県交通安全協会入院見舞金要綱に基づき見舞金を申請します。

交通事故	発生日時	年 月 日（ ）午前・午後 時 分頃		
	発生場所			
	会員氏名 (事故当事者)			
	乗車状況等	車両（四輪・二輪・原付・自転車） 運転中・同乗中（助手席・後席） 歩行中		
	事故概要 (簡記)			
負傷状況	負傷部位			
	入院先			
	入院期間	年 月 日から 年 月 日（ 日間）		
添付書類	<input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> 身分証明書（写） <input type="checkbox"/> 会員証（写） <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 個人会員証（写） <input type="checkbox"/> 入院証明書 <input type="checkbox"/> 運転免許証（写） <input type="checkbox"/> 委任状 代理人（ <input type="checkbox"/> 運転免許証（写） <input type="checkbox"/> 身分証明書（写） ）			
見舞金 振込先	金融機関名	銀行・信金 本店・支店・支所 労金・農協 出張所・営業所		
	口座の種類 (店名)	普通・当座 ( )	口座番号 (記号・番号)	
	ふりがな	-----		
	名義人			

※ 空欄への記載、該当する部分を○で囲むとともに、該当する□にレ点チェックしてください。

※ ゆうちょ銀行を振込受取口座に指定する際は、店名・記号・番号を正確にご記入ください。