かながわ交通遺児等援護基金　台帳登録申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会　会長様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名 　　　 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（保護者）

交通遺児等援護基金の登録について、必要書類を添えて下記のとおり申請します。

　　※登録の対象となる重度障害は、身体障害者１級及び２級、または精神障害者１級に限ります。

１　申請者（保護者）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 |  | | 生年月日 | 昭和  平成　　年　　 月　　日 |
| 住　所 | 〒 | | 電話番号  （日中連絡の取れる番号） |  |
| 対象児童の人数 | | 人 | 対象児童との続柄 |  |
| 対象児童以外の  同居人氏名 | |  | 続　柄 |  |

２　対象児童（20歳未満）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な  氏　　名 | 生年月日 | | 就学状況等  （学年） | 事故当事者との続柄 |
|  | 平成  令和 | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 平成  令和 | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 平成  令和 | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 平成  令和 | 年　　月　　日 |  |  |
|  | 平成  令和 | 年　　月　　日 |  |  |

３　交通事故等の概要

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  事故当事者氏名 |  | | | 当時の  年　齢 | 歳 |
| 対象児童との  続柄 |  | | 事故発生日 | 年　　　月　　　日 | |
| 事故の状況 |  | | | | |
| 死亡  又は  重度障害 | 死亡 | 死亡年月日　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 | | | |
| 重度障害 | 障害等級（一級　・　二級）手帳番号（　　　　　　　　　　）  ※身体障害者１級及び２級、または精神障害者１級に限り登録対象となります。 | | | |

４　振込先（保護者口座）

|  |  |
| --- | --- |
| 振込口座 | 銀行・信用金庫・農協・その他　　　　　　　　　支店 |
| 口座番号 | 普通 ・ 当座　　No. |
| ふりがな  口座名義 |  |

◆添付書類

　　１、交通事故による死亡・重度障害の確認のできる公的書類の写し（コピーでも可）

　　　　例：障害者手帳、死亡診断書、死体検案書、死亡届の受理証明書、交通事故証明書など

　　２、世帯の戸籍謄本（全部事項証明書）または住民票謄本の写し（コピーでも可）

　　３、振込先口座が確認できる通帳の写し（コピーでも可）

◆以下の項目の□にチェック☑してください。

　　□本会で実施（共催・協力を含む）する交通遺児援護事業での情報の活用について同意します。

　　□法令に基づく場合、人の生命・身体又は財産の保護に必要な場合、公衆衛生・児童の健全育成に特に必要な場合、国等に協力する場合などに限り、情報の開示について同意します。

　　□申請者が居住する市町村社会福祉協議会に対し、同様の交通遺児事業を遂行のため、必要な範囲内で情報提供することに同意します。

　　□本事業の対象外となった時点での情報の抹消、台帳の破棄について同意します。

　　□通勤時の事故による労働災害見舞金の給付を受けていません。（見舞金を給付します。）

◆すべて記入し、添付書類とともに事務局あて郵送してください。

事務局（福）神奈川県社会福祉協議会　交通遺児援護基金受付係　TEL０４５－３１２－４８１３

　〒221-0835　横浜市神奈川区鶴屋町２-２４-２　かながわ県民センター１２階