

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		

様式 1

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
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
- 3、振込先口座が確認できる通帳の写し

◆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 TEL 0 4 5 - 3 1 2 - 4 8 1 3
〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町 2-2 4-2 かながわ県民センター 1 2 階