年　　月　　日

六ヶ所村長　　様

住　　所

氏　　名　　印

電話番号

米寿・九十五歳・百歳　祝金交付申請書

六ヶ所村長寿祝金支給条例による祝金を受けたいので申請します。

なお、住民基本台帳により支給対象者であることの確認をすることに同意します。同意しない場合は住民票を添付します。

対象者	氏　　名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	年　月　日
	本　　籍					
	住　　所					
	居住地		期間	年　月　日から　年　月　日まで		
				年　月　日から　年　月　日まで		
				年　月　日から　年　月　日まで		
	世帯主又は扶養義務者	フリガナ	住所			

対象者の居住状況

1　居宅

2　病院に入院（　　病院）　年　月　日から

3　施設に入所（　　）　年　月　日から

※確認欄	1　申請者及び該当者の氏名、生年月日、住所、本籍は住民基本台帳により確認 2　施設入所の場合は、施設等からの確認	
	確認担当者　　職・氏名	
※決定	該当	支給額　　米寿・九十五歳・百歳　祝金　　円
	非該当	非該当の理由

祝金振込先

金融機関	銀行 農協・信組	本支店名	本店・本所 支店・支所
預金種目	普通　・　当座	口座番号	
口座名義人	フリガナ		

※欄は記入しないで下さい。