

(様式2)

災 害 見 舞 金 申 請 書

所 属	歯科衛生士会		
会員番号		氏 名	
被害の種類	☐ 床上浸水 ☐ 家屋全・半壊（全・半焼）		
被害年月日	令和 年 月 日		
預金口座 振 込 先	銀行 支店 普通 ・ 当座 預金 口座番号 名義 (本人名義に限ります)		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

公益社団法人日本歯科衛生士会長 様

上記、申請書のとおり相違ないことを証明します。



令和 年 月 日

所属会名

会長氏名