

日本ボーイスカウト兵庫連盟

入院見舞金（死亡弔慰金）請求書

事故発生日時		年 月 日( 曜日) 午前・午後 時 分頃			
発生場所					
傷病名					
受 傷 者	ふりがな 氏 名	( 歳)	加盟員 又は 保護者	・ 加 盟 員 者 ・ 保 護 者	
	生年月日	大・昭・平 年 月 日	性 別	男 ・ 女	
	住 所				
死亡日時 (死亡の場合)		年 月 日( 曜日) 午前・午後 時 分頃			
振 込 銀行名	銀行名		預金種別	口座名義	ふりがな 氏 名
	支店名		1. 普通 2. 当座	口座番号	
<p>上記により、日本ボーイスカウト兵庫連盟入院見舞金（死亡弔慰金）を請求します。</p> <p>年 月 日</p> <p>日本ボーイスカウト兵庫連盟</p> <p>理事長 様</p> <p>請求者 所 属 地区 第 団</p> <p>住 所 〒</p> <p>氏 名</p> <p>受傷者との続柄 電話( ) -</p>					
地区確認 氏名・印	地区委員長		地区コミッショナー		団委員長
<b>決 定 書</b>					
見舞金等の種類	(1) 死亡弔慰金		円		
	(2) 入院見舞金		円 (入院日数 日)		
県連盟確認印	理事長	事務局長	事務局員	事務局受付	