

災害障害見舞金支給調査票

		決定番号				
障害に関する事項	フリガナ			M・T・S・H		
	障害者の氏名	男・女		年 月 日生		
	障害の原因となる負傷又は疾病の状態となった年月日	平成23年 3月11日 (地震発生 3月11日)		東松島市 (行政区)		
負傷・疾病の状況	災害名	東北地方太平洋沖地震		疾病を負った場所		
支給に関する事項	障害の種類程度等	医師の氏名	所属する医療機関名			医師の氏名
		障害の状況	法別表の該当事項 (号) <input type="checkbox"/> 両眼が失明した方 <input type="checkbox"/> 咀嚼及び言語の機能を廃した方 <input type="checkbox"/> 神経系統の機能又は精神に著しい障害を残し、常に介護を要する方 <input type="checkbox"/> 胸腹部臓器の機能に著しい障害を残し、常に介護を要する方 <input type="checkbox"/> 両上肢をひじ関節以上で失った方 <input type="checkbox"/> 両上肢の用を全廃した方 <input type="checkbox"/> 両下肢をひざ関節以上で失った方 <input type="checkbox"/> 両下肢の用を全廃した方 <input type="checkbox"/> 精神又は身体の障害が重複する場合における当該重複する障害の程度が前各号と同程度以上と認められる方			
	障害者の被災当時の状況	<input type="checkbox"/> 生計を主として維持していた ・ <input type="checkbox"/> その他				
	障害見舞金の支給金額	<input type="checkbox"/> 250万円 (世帯の主たる生計維持者) <input type="checkbox"/> 125万円 (その他)				
	障害見舞金の支払先口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協・漁協			
		支店名	本店・支店・支所・出張所			
		口座番号	普通・当座			
(フリガナ) 口座名義人						
支給制限事由に該当の有無	<input type="checkbox"/> 有 () ・ <input type="checkbox"/> 無					
備考						