

被爆者健康手帳交付申請書

本籍地 (〒)
現住所

連絡方法 (電話—ある、なし) TEL { 局— ()
() 番 ()
(自宅、勤務先) }

氏 名

明治 年 月 日 (被爆当時の年齢 歳)
大正
昭和

性 別 男 女

受 付 印

山口県知事 様

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第2条の規定により被爆者健康手帳を交付されたく関係書類を添えて申請します。

年 月 日

※ 太枠の中は記入しないで下さい。

被爆者健康手帳番号		法1条—					
1 号	場 所	広島 長崎	距 離	km			
2 号	場 所	広島、長崎 (km)	入 市 期 間	/ ~ /	入市 目的		
3 号	場 所		救 護 看 護		期間		
4 号	母親の手帳番号 県 号		被 爆 地				
その他 確 認 事 項							

誓 約 書

私このたび被爆者健康手帳を交付申請するにあたりこの申請書に記載した内容は事実と相違ありません。

万一間違っていることが判明した場合は、手帳の返納はもちろんこれに伴う一切の責任を負うことを誓約します。

年 月 日

山口県知事

様

氏 名

1. 被爆当時の状況

1) 家族の状況（応召中や別居中であった人も含めて全員を書いてください。死亡している人も含みます。）

[illegible]

2) 被爆後の身体症状 (6ヶ月以内)

1 とくになし	2 やけど	3 けが	4 下痢	5 歯ぐきからの出血
6 皮ふに斑点がでた	7 発熱	8 脱毛	9 貧血	
10 その他 (				)

2. 現在の状況

1) 家族状況 (あなたも含む)

続柄	性別	氏名	年齢	職業 (勤務先)	被爆者健康手帳の有無番号 (有の者のみ 県と番号を記入)
世帯主	男・女				有 県・番号 無
	男・女				有 県・番号 無
	男・女				有 県・番号 無
	男・女				有 県・番号 無
	男・女				有 県・番号 無

2) 身体状況

病院にかかっている		病院にかかっていない
病名		健康 不健康
入院通院の区別		

3) 今まで手帳申請をしなかった理由及び今回する理由

申 述 書

直接被爆者（１号）の場合

（胎内被爆者の方は、あなたを産んだ母親が直接被爆者の場合は、その母親のことを書いてください。）

ア あなたは、原子爆弾が落ちた時（原子爆弾が爆発した瞬間）何町何丁目のどこにいましたか。（当時の町村名で書いてください。）

町 丁目 番地
村

目標（ ）

イ あなたは、上記の場所の、どこで何をしていましたか。

ウ あなたは、原子爆弾が落ちた時、誰かと一緒でしたか。その人の氏名、続柄（間柄）、生死の別を全員について書いてください。

氏 名	旧 姓	続柄(間柄)	生・死	備 考

エ あなたは、原子爆弾が落ちた時、屋外にいましたか、それとも屋内でしたか。それはどのような場所、建物でしたか。（該当する番号を○でかこんでください。）

- 1 屋内 (1) 木造 (2) コンクリート造 (3) 石造 (4) その他（ ）
- 2 屋外 (1) ものかげあり (2) ものかげなし (3) その他（ ）

オ あなたは原子爆弾が落ちた時、どうになりましたか。(やけど、けが、建物などについて)

カ あなたは、それからどうになりましたか。その日の行動を順を追って書いてください。

キ あなたは、その翌日からどうになりましたか。

申 述 書

入市被爆者の場合

(胎内被爆者の方は、あなたを産んだ母親が入市被爆者の場合は、その母親のことを書いてください。)

ア あなたは、原子爆弾が落ちた時どこにいましたか。(当時の町村名で書いてください。)

町 丁目 番地
村

目標 ()

イ あなたが、はじめて入市したのはいつですか。

8 月 日 午前 時ごろ
午後

上記の日時を覚えている理由(くわしく)

ウ その時の入市先(目的地)はどこでしたか。(旧町名、丁目、場所など)

エ 何のために入市したのですか。(入らなければならなかった事情など。)

オ それでどうでしたか。(経過と結果をくわしく書いてください。)

カ その時、どのような道順で入市先(目的地)にたどり着きましたか。(出発地から旧町名や目標物を掲げてください。)

キ その時、歩きましたか。乗り物でしたか。

ク 入市した時の町のありさま、特に強く印象に残っていることは何ですか。

ケ あなたが、はじめて入市した時、一緒に入市した人はいいますか。その人の氏名、続柄（間柄）、生死の別を全員について書いてください。

氏 名	旧 姓	続柄(間柄)	生・死	備 考

コ あなたが、はじめて入市した時、出会った人はいいますか。それはどこでしたか。その人の氏名、続柄（間柄）、生死の別を全員について書いてください。

氏 名	旧 姓	続柄(間柄)	生・死	備 考

サ ほかの日にも入市しましたか。（はじめて入市した日以外）

1 入った（引き続き入った人も含む。） 2 入らない

シ その日にちと入市先とその道順を書いてください。（2日以上入っている場合は、最初の2日間について書いてください。）

ス その時、一緒に入市した人や途中で出会った人はいいますか。日ごとにその人の氏名、続柄（間柄）、生死の別を全員について書いてください。

月・日	氏 名	旧 姓	続柄(間柄)	生・死	備 考
.					
.					
.					
.					
.					

申 述 書

救護・死体処理等従事者（３号）の場合

（胎内被爆者の方は、あなたを産んだ母親が、救護、死体処理等従事者の場合は、その母親のことを書いてください。）

ア 救護・死体処理などを何町（旧市町村名）のどこでしましたか。

イ その救護施設では多いときで、何人くらい収容されていましたか。

およそ 人

ウ 救護・死体処理等をしたのはいつからいつまでで、そのうち何日間しましたか。

月 日 ～ 月 日 日間

エ 上記期間だけ従事したいきさつ。

オ 直接、救護・死体処理等をした人数はどのくらいですか。

1日あたり 人（体）

カ 従事の内容は次のうちどれですか。（該当する番号をすべて○でかこんでください。）

1 けがの手当 2 看護 3 けが人や病人の移送 4 死体処理

5 その他（ ）

キ 救護・死体処理等はだれの命令でしたか。そのひとは現在ご健在ですか。

ク 救護・死体処理等を、一緒にした人はだれですか。その人の氏名、続柄（間柄）、生死の別を全員について書いてください。

氏 名	旧 姓	続柄(間柄)	生・死	備 考

ケ 救護・死体処理等をしたときの様子や、あなたのしたことを詳しく書いてください。

胎内被爆者（4号）の場合

ア あなたを産んだ母親の現在の氏名

イ あなたを産んだ母親の被爆当時の氏名（現在とちがう場合）

1 健在 被爆者健康手帳 有(手帳番号)・無

2 死亡 被爆者健康手帳 有(手帳番号)・無

エ あなたを産んだ母親は、現在どちらに住んでおられますか。(健在の場合)

都道府県 市町 大字 番 号
 郡村 丁目 番地
 電話 (

オ あなたを産んだ母親は、いつ、どんな原因で亡くなりましたか。(死亡の場合)

死亡年月日 昭和 年 月
死亡原因 (

カ 上記以外に参考になることを記入してください。

[illegible]

書 意 同

私の被爆者健康手帳の交付申請の審査に当たり、私の被爆事実を確認するために必要があるときは、貴県が私及び私の親族について官公署及び関係機関に照会調査することに同意します。

山 口 県 知 事 様

年 月 日

住所

氏名