

特別手当認定申請書



山口県知事 様

令和 年 月 日提出

ふりがな 氏 名		明治	年 月 日	男 ・ 女
		大正 昭和		
居 住 地	〒	被爆者健康手帳番号		
	電話番号 ()			
原子爆弾被爆者に対する 援護に関する法律第11条第 1項の認定に係る負傷又は 疾病の名称、認定番号及び 認定年月日	負傷又は疾病の名称			
	認 定 番 号			
	認 定 年 月 日	年 月 日		
医療特別手当受給の有無	有 ・ 無	(備 考)		
健康管理手当受給の有無	有 ・ 無			
保 健 手 当 受 給 の 有 無	有 ・ 無			