

原子爆弾小頭症手当認定申請書

山口県知事 殿

令和 年 月 日提出

(ふりがな)					昭和 年 月 日生	男・女
	氏 名					
居 住 地				被爆者健康 手帳の番号		
※1 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 定の有無	有・無	※2 左の欄 の認定に係る	負傷又は疾 病の名称	認定番号	認 定 年 月 日	
		負傷又は疾病 の名称、認定 番号及び認定 年月日			令和 年 月 日	
健康管理手当の受給の有無		有・無	保健手当受給の有無			有・無
小 頭 症 の 病 状	別紙診断書のとおり					
備 考						

記入上の注意

※2の欄は、※1の欄の有に○印を付けた場合に記入してください。

添付書類

この申請書には、小頭症の病状についての原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第12条第1項の規定による指定を受けた病院又は診療所の医師の診断書を添えてください。

ただし※2の欄に記入した負傷又は疾病の名称が小頭症又は近距離早期胎内被爆症候群である場合は、診断書を添える必要はありません。