

健康管理手当認定申請書
(兼口座振替依頼書)



山口県知事

様

年 月 日提出

ふりがな 氏 名			明治 大正 年 月 日生 昭和	男 ・ 女			
居 住 地	電話番号 () ()		被爆者健康手帳 の 番 号				
医 療 特 別 手 当 受 給 の 有 無	有 (番号) ・ 無		特 別 手 当 受 給 の 有 無	有 (番号) ・ 無			
原子爆弾小頭症手当受給 の 有 無	有 (番号) ・ 無		保 健 手 当 受 給 の 有 無	有 (番号) ・ 無			
※ 原子爆弾被爆者に対する 援護に関する法律第 27 条 第 1 項に規定する障害を 伴 う 疾 病 に つ い て	障 害 名	1. 造血機能障害 7. 腎臓機能障害 2. 肝臓機能障害 8. 水晶体の混濁による視機能障害 3. 細胞増殖機能障害 9. 呼吸器機能障害 4. 内分泌腺機能障害 10. 運動器機能障害 5. 脳血管障害 11. 潰瘍による消化器機能障害 6. 循環器機能障害					
	疾 病 名						
口座振替依頼書 (受給者本人の名義) ② 継続又は他手当からの切替で、変更のない場合は記入しないで下さい。							
金融機関名		銀 行 県 信 連 商工中金 信用金庫 農 協		口 座 番 号		この欄は記入しないで下さい	
						金融機関コード 	
店 舗 名		本 店 支 店 本 所 支 所		フリガナ 口座名義人		店舗コード 	
備 考	添付書類 (保健所で記入のこと。) 1. 診断書 (健康管理手当用) 1 通 2. 旧手当証書 (手当の種別)					1. 保健手当からの切替 2. 健康管理手当受給中	