

保 健 手 当 認 定 申 請 書



山口県知事 様

年 月 日提出

ふりがな 氏 名			明治 大正 昭和	年 月 日	男 ・ 女	
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28条第3 項各号のいずれかに該当する 場合はその理由		1 身体上の障害がある者				
		2 配偶者、子及び孫のいずれもいない70歳以上の 者であって、その者と同居している者がいない もの				
医療特別手当受給の有無		有 ・ 無	(備 考)			
特 別 手 当 受 給 の 有 無		有 ・ 無				
原子爆弾小頭症手当受給の有無		有 ・ 無				
健康管理手当受給の有無		有 ・ 無				
口 座 振 替 依 頼 欄	銀 行		本 店 支 店 出張所 本 所 支 所	普 通		
	信用金庫			口 座 番 号		
	農 協					
	金融機関コード		店舗コード			
	フリガナ					
口座名義人						

(記入上の注意)

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第 28 条第 3 項第 1 号又は第 2 号に該当するとして申請をする場合には、※の欄は該当するものに○印を付けてください。

(添付書類)

この申請書には、次の書類を添えてください。

- (1) ※の欄の 1 に○印を付けた場合は、身体上の障害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 19 条の規定による指定を受けた病院又は診療所の医師又は歯科医師の診断書
- (2) ※の欄の 2 に○印を付けた場合は、次のイからハまでの書類
 - イ 申請者の戸籍の謄本又は抄本
 - ロ 申請者の子及び孫の戸籍又は除かれた戸籍の謄本又は抄本
 - ハ 申請者と同居している者がいないことから明らかにすることができる書類
- (3) その者が爆心地から 2 km 以内で被爆した事実を認めることができる書類
(当該書類がない場合においては、当該事実についての申立書)