

保健手当額改定申請書



山口県知事 様

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	〒 電話番号 ()			
保 健 手 当 証 書 の 記 号 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 する理由		1 身体上の障害がある場合		
		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		
(備考)				

(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 保健手当証書