

健 康 管 理 手 当 認 定 申 請 書

滋賀県知事

様

令和 年 月 日提出

(ふりがな) 氏 名			明治 大正 昭和	年 月 日生		男 ・ 女
居 住 地	〒		被爆者健康手帳の番号	1 9 2 5 6 0 1 5	0 0	
電話番号 ()		医療特別手当受給の有無	有・無	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	保健手当受給の有無		有・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				
振込金融機関	金融機関名	本支店別	種 別	口座番号		
	銀行 信用金庫 信用組合 農業組合	本店 支店	普通 (総合)			
	《本人名義の口座に限ります》					

記入上の注意

※の欄は該当するものに○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、※の欄に記入した疾病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または診療所の医師の診断書<新規申請用>を添えてください。