|  |
| --- |
| **被爆者健康手帳交付申請書**  様式第一号（第一条関係）  ①  　　年　　月　　日  大 阪 府 知 事 様  **-**  ふりがな  県府  居住地　　　　　　　　　　　　　　　　本籍地　　　　都道  ふりがな  氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  生年月日　大正  性　　別　昭和　　　　　年　　　月　　　日生　　　　　男・女  市外局番　　　市内局番  連 絡 先  電話番号　　　　　　－ 　　　　　－　 　　　番（　　　 方）  原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第2条の規定により、被爆者健康手帳を交付  されたく、関係書類を添えて申請します。  添付書類  □　住民票（戸籍事項の記載のあるもの）  □　申述書①②（⑥､⑦､⑧）  □　交付申請が遅れた理由書③  □　被爆当時の家族状況④  □　被爆の事実を証明できる資料  又は被爆状況証明書（2通）⑤  □　誓約書⑨、同意書⑬  保健（センター）所受付印 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①  （　裏　　面　）  **申　　　述　　　書**  下記の申述に相違ありません。  記 | | | | | | | | |
| 原爆投下当時  の居住地 | |  | | | | | | |
| 直接被爆の  場合 | | 被爆場所（くわしく） |  | | | 爆心地よりの距離 | ｷﾛﾒｰﾄﾙ | |
| 被爆当時の職業 |  | 当時の  勤務先等 |  | | | |
| 入市の場合 | | 原子爆弾が投下された後2週間以内に  被爆地に入った日及び場所 | | 8月　日から  8月　日まで | | 日間　　市　　町 | | |
| 救護活動の  場合 | | 期間 | 昭和20年8月　　　日から　　　　日まで　　　日間 | | | | | |
| 救護班の  名称 |  | 従事した場所 |  | | | |
| 当時胎児であ  った者の場合 | | 母親の  氏名 |  | 母親の  生死 | 生存（現住所　　　　　　　　）  死亡(　　　　年　　月　　日） | | | |
| 母親の  被爆手帳  の内容 | 県発行、番号　　　　　、交付年月日　　　年　　　月　　　日  法令区分1．2．3．号、被爆地　　　　　市 　　　　　町　　　　Km  入市場所　8月　　　日から　　　月　　　日まで　　　市　　　町 | | | | | |
| 被爆状況（ | 原子爆弾が投下された当時の自分の状況又は、その後被爆地に立ち入った時の状況をできるだけくわしく記入すること。この欄に書き入れられない場合は別の用紙に記入して添付すること。 | | | | | | | ） |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |