⑤

　　　　　　　　**被 爆 状 況 証 明 書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　年　　　月　　　日大　阪　府　知　事　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 証明人 | 現住所 |  | 電話－　　－ |
| （ふりがな）氏名 |  | 大昭 | 年　　月　　日生 満 　才 |
| 被爆者健康手帳番号 | 1 | 9 |  |  |  |  |  |  | 被爆の場所 | 　　市　　町 | 入市の場所 | 8月　　日より　 日まで　　市　　町へ入る |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被爆当時の住所 |  | 当時の職業勤務先等 |  |
| 代筆 | 氏名 |  | 関係 |  |

私は、次の申請人に関する被爆事実について、下記のとおり相違ないことを証明します。 |
| 申請人 | 現住所 |  | 氏名 |  | 大昭 | 年　 月　 日生 |
| 被爆の場所 | 　　　市　　　町 | 入市の場　所 | 8月　　日より　　日まで　　 　市　　 　町へ入る | 目 的 | のため |
| 申請人をどんな関係で知っていますか |

|  |
| --- |
|  |
|  |

 |
| 証明人の被爆状況 |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

 |
| 証明できる理由 | 直接被爆の場合 |

|  |
| --- |
|  |
|  |

 |
| 入市の場合申請人が入市したことを、どんな理由から知っていますか。 |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

 |
| 救護活動の場合いつ、どこでだれと |

|  |
| --- |
|  |
|  |

 |

記入上の注意

1．証明人自身が記入してください。証明人が身体不自由などのために代筆されたときは、代筆者の氏名と証明人の関係

を記入してください。

2．証明人の方には直接府から照会することがありますので御協力ください。