|  |
| --- |
| **第二種健康診断受診者証交付申請書**  　　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施行規則附則第2条第3項の規定により、  第二種健康診断受診者証を交付されたく、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⑪（⑥､⑦､⑧）  □　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⑫、同意書⑬  保健（センター）所受付印 |

様式第三十二号（附則第二条関係）

⑪

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申　　　　述　　　　書**  ⑪  （　裏　　面　）  下記の申述に相違ありません。  記 | | | | | | |
| 原爆投下当時  の居住地 | 県　　　　　　郡 | | | | 町  村 | |
| 原爆投下時に  居た場所  （くわしく） | 県　　　　　　郡 | | | | 町  村 | |
| 屋内……木造、コンクリート、石造、その他（　　　　　　　　　　　　）  屋外……路上、田畑、山林、その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 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  受診者証  の内容 | 県発行、番号　　　　　、交付　　年　　月　　日 | | | | |
| 被爆地　　　　　県　　　　　郡　　　　 町 | | | | |
| 被爆状況　**（** | 原子爆弾が投下された当時の自分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。 | | | | | **)** |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |