**医療特別手当認定申請書**

様式第九号（第二十九条関係）

㉓

大阪府知事様

　　年　　月　　日提出

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏　　　名 | |  | | | 明治  大正 　 年　 月　 日生  昭和 | | | | 男・女 |
| ㊞ | | |
| 居　住　地 | | 郵便番号  電話番号　　(　　　　) | | | 被爆者健康  手帳の番号 | | |  | |
| ※原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第11条第1項の認定に係る負傷又は疾病の名称、認定番号及び認定年月日 | | 負傷又は疾病の名称 | 認定番号 | | | | 認定年月日 | | |
|  |  | | | | 年 　月 　日 | | |
| 上記の負傷  又は疾病の状態 | | 別紙診断書のとおり | | | | | | | |
| 特別手当・健康管理手当・保健手当受給の有無 | | | | 証書番号  無・　有　（　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 振込銀行名 | 銀行　　　　支店 | | | 預金種別 | | 普通預金 | | | |
| （ふりがな）  口座名義 |  | | | 口座番号 | |  | | | |
| 備　考 | | | | | | | | | |