**特別手当認定申請書**

様式第十三号（第四十四条関係）

㉖

大阪府知事　様

　　　　年　　　月　　　日提出

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　　　名 |  | 明治大正　　年　　月　　日昭和 | 男・女 |
| 　　　㊞　　　　　　　　　 |
| 居　住　地 | 〒電話番号　　　（　　　　　） | 被爆者健康手帳の番号 |
|  |
| ※１　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 |
| 医療特別手当受給の有無 | 有　・　無 | 健康管理手当受給の有無 | 有　・　無 |
| 保健手当の受給の有無 | 有　　・　　無 |
| 備　考 |