|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申　　述　　書**（保健手当用）  下記の申述に相違ありません。  氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞  記 | | | | |
| 被爆者健康手帳の記載内容 | 法第1条による区分 | 第1号、第4号 | | |
| 被爆の場所 | 広島市 | } | 町　　　　丁目 |
| 長崎市 |
| 爆心地から | | キロメートル |
| 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  被爆状況　　　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く  　　　　　　　ださい。 | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

㉜