**被　爆　者　死　亡　届**

⑱

　　　　年　　　月　　　日

大阪府知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 郵便番号

届出者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

死亡者との続柄

電話番号　　　 　 ―　 　　　　―

下記のとおり死亡したのでお届けします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 死亡した被爆者 | ふりがな |  | | | | | | | 明治  大正　　年　　月　　日生  昭和 | | | | 男・女 |
| 氏名 |  | | | | | | |
| 死亡の際の  居住地 |  | | | | | | | | | | | |
| 手帳番号  （受診者証番号） |  |  |  |  |  |  |  | |  | | | |
| 死亡年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 死亡した  場所 |  | | | | | | | | | | | |
| 手当受給  の有無 | 有（証書記号番号―　　　　　　）・無 | | | | | | | | | 家族介護  手当の受給の有無 | 有・無 | |
| 厚生大臣の  認定の有無 | 有（認定書番号―　　　　　　）・無 | | | | | | | | | | | |

添付書類

1．被爆者健康手帳又は健康診断受診者証

2．死亡を証する書類（死亡した被爆者の住民票の写しなど）

　※葬祭料を申請される場合は、省略可

3．手当証書（医療特別手当・特別手当・原子爆弾小頭症手当

健康管理手当・保健手当） 　　　　　　　　 該当者のみ

4．厚生労働大臣の認定書