**健康管理手当認定申請書（継続申請用）**

**継**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 　　　　　年　　　月　　　日提出捨 印 |
| （ふりがな） |  | ㊞ | 明治大正　　年 　月 　日生昭和 | 男・女 |
| 氏　　名 |  |
| 居住地　 | 郵便番号　　　　　　　　※最寄りの保健所（大阪市・堺市・東大阪市は保健センター）へ　月日までに提出のこと  |
| 公費負担者番号 | 1 | 9 | 2 | 7 | 6 | 0 | 1 | 3 | 連絡先(電話番号) | 自　宅（　　　）　　―携　帯（　　　）　　―呼　出（　　　）　　―　　　　（　　　方） |
| ※1 公費負担医療受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現在お持ちの健康管理手当証書の記号番号 | ケン |
| ※２ 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第27条第１項に規定する障害を伴う疾病について |
| 障　　害　　名 | 疾　　病　　名 |
| 1．造血機能障害　　　 7．腎臓機能障害2．肝臓機能障害　　　 8．水晶体混濁による視機能障害3．細胞増殖機能障害　 9．呼吸器機能障害4．内分泌腺機能障害　10．運動器機能障害5．脳血管障害　　　 11．潰瘍による消化器機能障害**※必ずご記入下さい。**6．循環器機能障害　　　 |  |
| ※３ 手当が認定になった場合、引き続いてお知らせ頂いている金融機関にお振り込み致します。 |
| 府保健所（市保健センター）受付印 | 本庁受付印 | 疾病認定審査 | 障害 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 |
| 期間 | （　　　）年間　・　終　身 |
| 上記のとおり決定する。２　　　年　　　月　　　日大阪府疾病認定審査医氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 備　考 | 認定番号 | ケン |
| 旧受給権 | **年**月まで |
| 支給期間 | 年　　月から　　年　　月　　　 |
| 前回認定期間及び障害 |  |

大阪府知事　様

太枠内を裏面と添付の説明書を読んで記入のこと

健康管理手当認定申請書（継続申請用）裏面

１．注意事項

　（１）　申請書には必ず印鑑を押印してください。

1. ※１の欄

　　　　　公費負担医療の受給者番号は被爆者健康手帳をよく見て、間違いのないよう記入してください。

1. ※２の欄

診断書（健康管理手当・継続用）に主治医が記入した障害名と疾病名を記入してください。

1. ※３の欄

今回の申請が認定になった場合には、手当金は今までと同じ金融機関の口座に振り込まれます。

1. 手当証書の記号番号について（ケン○○○○○）

　　　　　健康管理手当証書の記号番号は、継続申請で認定になった場合は、従前の番号をそのまま使用しますので、手当証書提出の際には番号の控えをとっておいてください。（お問合わせ等の際に必要です。）

２．添付書類　この申請書に次の書類を添えてください。

　（１）　診断書（健康管理手当・継続用）

　　　　　　（申請日から１ヶ月以内に作成されたもの）

　（２）　現在お持ちの健康管理手当証書（紛失された方は、表面の下の備考欄にその旨を記載してください。

３．提出先

　　　　最寄の保健所等へ必ず**年　月　日（　)**までに提出してください。

（最寄の保健所等とは）

大阪市にお住まい方は各区の保健福祉センター

堺市にお住まいの方は各区の保健センター

東大阪市にお住まいの方は最寄の保健センター

高槻市にお住まいの方は高槻市保健所

豊中市にお住まいの方は豊中市保健所

枚方市にお住まいの方は枚方市保健所

八尾市にお住まいの方は八尾市保健所

その他の方は最寄りの大阪府保健所