

____年度 _____地域慰霊巡拝参加遺族代表者内申書
 (都道府県名) _____ 年 月 日提出

遺 族	(フリガナ) _____ (性別) _____ (生年月日) _____ (年齢) _____ (戦没者との続柄) _____
	(氏名) _____ 男性・女性大・昭・平 年 月 日 歳 ()
	(住所) (〒 _____) 電話番号 (_____) _____ , 携帯 (_____) _____ 都道府県 _____
	(職業) _____
	(健康状態) 良好・不良 不良の場合: 疾病・症状等 (_____)
	(介護保険の申請状況) ※記入時点で65歳以上の方のみご記入ください。 申請していない 要支援1 要支援2 要介護1以上
	(障害者手帳の有無) 有・無 ※有の場合: 障害の種類 (_____) 等級 (_____ 級) ※ 介護認定の状況や、障害者手帳に記載のある障害の種類・等級によっては参加をご遠慮いただく場合、または介助者が同行することで参加可能になる場合があります。
	(直近の旅行等長時間の移動) _____ (移動手段) _____ (移動時間) _____ (時期) _____ (_____)から(_____)まで (_____) (_____)時間 平成・令和(_____)年(_____)月
	(旅券の有無) _____ 旅券番号 <input type="text"/> 発行 (_____)年(_____)月(_____)日 有・無 ※無の場合、取得手続きが必要です。 有効期限(_____)年(_____)月(_____)日
	(介助者の必要) 有・無 ※有の場合、理由 (_____)
(緊急連絡先) (遺族との続柄) _____ フリガナ _____ (〒 _____) (電話番号) (_____) _____ 氏名 _____ 都道府県 _____	
戦 没 者	(フリガナ) _____ (死亡年月日) _____
	(氏名) _____ 昭和(_____)年(_____)月(_____)日
	(本籍地) _____ 都道府県 _____
	(身分) _____ (階級) (_____) 陸軍軍人・陸軍軍属・海軍軍人・海軍軍属・一般邦人
(死亡場所) ソ連抑留中死亡者等の場合埋葬地番号を記入してください(_____)	
(部隊名・船舶名等) _____	
(その他、戦没者に関する情報等あればご記入ください)	
(過去の当該地域における政府主催慰霊巡拝参加経験の有無) ※有の場合、参加した年月をご記入ください (事業名) (有・無) _____ (昭和・平成・令和 _____ 年 月)	
(御親族と共に申し込みをされた方に伺います) 応募人数が募集定員を上回った場合、参加内定者を選定する必要があり、その結果、御親族との参加ができない場合もございますが、そのような場合でも、お一人での参加を希望されますか。 (希望する・希望しない)	

この内申書と添付資料は、本慰霊巡拝に係る事務にのみ使用いたします。
 お申し込み後、この内申書と戸籍などの添付資料は返却しませんので、あらかじめご了承ください。

都道府県担当者記入欄：添付している書類について当てはまるものに○をつけてください

- 戦没者との続柄がわかるもの a 戸籍謄本 b その他(_____)
- 戦没地点がわかるもの: c 兵籍簿 d 死没者調査票 e その他(_____)
- 保管資料無し: f 都道府県に兵籍、死没者調査票等を保管していない

年度 硫黄島慰霊巡拝参加遺族代表者内申書

(都道府県名) _____

年 月 日提出

遺 族	(希望時期)	第1次 ・ 第2次 ・ いずれも可
	(フリガナ)	(性別) (生年月日) (年齢) (戦没者との続柄)
	(氏名)	男性・女性大・昭・平 年 月 日 歳 ()
	(住所)	(〒 _____) 電話番号 (_____) _____ , 携帯 (_____) _____ 都 道 府 県
	(職業)	
	(健康状態)	良好・不良 ※不良の場合: 疾病・症状等 (_____)
	(介護保険の申請状況)	※記入時点で65歳以上の方のみご記入ください。 申請していない 要支援1 要支援2 要介護1以上
	(障害者手帳の有無)	有・無 ※有の場合: 障害の種類 (_____) 等級 (_____ 級) ※ 介護認定の状況や、障害者手帳に記載のある障害の種類・等級によっては参加をご遠慮いただく場合や、 介助者の同行をお願いする場合があります。
	(直近の旅行等長時間の移動)	(移動手段) (移動時間) (時期) (_____)から(_____)まで (_____) (_____)時間 平成・令和 (_____)年 (_____)月
	(介助者の必要)	有・無 ※有の場合、理由 (_____)
戦 没 者	(緊急連絡先) (遺族との続柄)	
	フリガナ	(〒 _____) (電話番号) (_____) _____
	氏名	都 道 府 県
	(フリガナ)	(死亡年月日)
(氏名)	昭和(_____)年(_____)月(_____)日	
(本籍地)	都 道 府 県	
(身分)	陸軍軍人 ・ 陸軍軍属 ・ 海軍軍人 ・ 海軍軍属 ・ 一般邦人 (階級) (_____)	
(死亡場所)		
(部隊名・船舶名等)		
(その他、戦没者に関する情報等あればご記入ください)		
(過去の当該地域における政府主催慰霊巡拝参加経験の有無)		
※有の場合、参加した年月をご記入ください		
(有・無)	(昭和・平成・令和 年 月)	
(御親族と共に申し込みをされた方に伺います)		
応募人数が募集定員を上回った場合、参加内定者を選定する必要があり、その結果、御親族との参加ができない場合もございますが、そのような場合でも、お一人での参加を希望されますか。		
(希望する・希望しない)		

【この内申書と添付資料は、本慰霊巡拝に係る事務にのみ使用いたします。
お申し込み後、この内申書と戸籍などの添付資料は返却しませんので、あらかじめご了承ください。】

都道府県担当者記入欄：添付している書類について当てはまるものに○をつけてください

- 戦没者との続柄がわかるもの a 戸籍謄本 b その他 (_____)
- 戦没地点がわかるもの: c 兵籍簿 d 死没者調査票 e その他 (_____)
- 保管資料無し: f 都道府県に兵籍、死没者調査票等を保管していない

年度 _____ 慰霊巡拝 介助者内申書

(都道府県名) _____

年 月 日提出

遺族	(フリガナ) (性別) (生年月日) (年齢) (戦没者との続柄)
	(氏名) 男性・女性 大・昭・平 年 月 日 歳()
	(公的機関発行の手帳(身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳)等) 有 ・ 無 ※有の場合には写しの添付
介助者	(フリガナ) (性別) (生年月日) (年齢) (遺族との続柄)
	(氏名) 男性・女性 大・昭・平 年 月 日 歳()
	(住所) (〒 _____) 電話番号 (_____) _____ , 携帯 (_____) _____ 都 道 府 県
	(職業)
	(健康状態) 良好 ・ 不良 ※不良の場合: 疾病・症状等()
	(直近の旅行等長時間の移動) (移動手段) (移動時間) (時期) (_____)から(_____)ま (_____) (_____)時間 平成・令和(_____)年(_____)月
	(旅券の有無) 旅券番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 発行 (_____)年(_____)月(_____)日 有 ・ 無 ※無の場合、取得手続きが必要です。 有効期限(_____)年(_____)月(_____)日 (硫黄島の場合は不要です。)
	(遺族と介助者の同居) している ・ していない
	(日常生活における遺族への介助内容)
	(特記事項)
(緊急連絡先)(続柄 _____) (フリガナ) (〒 _____) (電話番号)(_____) _____ (氏名) 都 道 府 県	

この内申書と添付資料は、本慰霊巡拝に係る事務にのみ使用いたします。
お申し込み後、内申書と戸籍などの添付資料は返却しませんので、あらかじめご了承ください。

●●年度 中国東北地方 地域慰霊巡拝参加遺族代表者内申書

(都道府県名) 東京都 ●●年4月10日提出

(フリガナ)	コウセイ ノリコ	(性別)	(生年月日)	(年齢)	(戦没者との続柄)
(氏名)	厚生 憲子	男性	女性大・昭・平 ●●年●月●日 ●●歳	(子)	
(住所)	(〒 123-4567) 電話番号 (012) 345 - 6789 , 携帯 (080) 123 - 456	東京 都道府県 千代田区霞ヶ関1-2-2			
(職業)	無職	介助者の必要性等を判断するため、ご記入願います。			
(健康状態)	良好・不良	※不良の場合: 疾病・傷病など 高血圧であるが、投薬でコントロールできる			
(介護保険の申請状況)	※記入時点で65歳以上の方のみご記入ください。				
	申請していない	要支援1	要支援2	要介護1以上	
(障害者手帳の有無)	有・無	有の場合: 障害の種類(視覚障害) 等級(3 級) ※介護認定の状況や、障害者手帳に記載のある障害の種類・等級によっては参加をご遠慮いただく場合、または介助者が同行することで参加可能になる場合があります。			
(直近の旅行等長時間の移動)	(移動手段)	(移動時間)	(時期)		
(東京)から(北海道)まで (飛行機) (2)時間 平成・令和 (30)年(2)月					
(旅券の有無)	旅券番号	発行	有効期限		
有・無	T R 0 0 1 2 3 4 5	(2018)年(1)月(31)日	(2028)年(1)月(31)日		
(介助者の必要)	有・無 有の場合、理由 (杖が無ければ歩行が困難なため)				
(緊急連絡先)	(遺族との続柄 母子)				
フリガナ	コウセイ トシコ	(〒 123-4567)	(電話番号) (012) 345 - 6789		
氏名	厚生 俊子	東京 都道府県	千代田区霞ヶ関1-2-2		
(フリガナ)	コウセイ タケシ	(死亡年月日)			
(氏名)	厚生 健	昭和(20)年(7)月(1)日			
(本籍地)	東京 都道府県	千代田区霞ヶ関1丁目2番地			
(身分)	陸軍軍人・陸軍軍属・海軍軍人・海軍軍属・一般邦人 (階級) ()				
(死亡場所)	ソ連抑留中死亡者等の場合埋葬地番号を記入してください()				
	満州 新京市	ロシアの場合、わかる範囲で記載してください。わからない場合は空欄で構いません。			
(部隊名・船舶名等)	●●部隊				戸籍等の記載、親族知人からの伝聞等でも構いませんので、わかる範囲で記載してください。
(その他、戦没者に関する情報等あればご記入ください)	戦友の方から、新京ではなく、延吉という所で亡くなったという話も聞いたことがあります。				
(過去の当該地域における政府主催慰霊巡拝参加経験の有無)	※有の場合、参加した年月をご記入ください (事業名)				
(有・無)	(昭和・平成・令和 年 月)				戸籍等の記載、親族知人からの伝聞等でも構いませんので、わかる範囲で記載してください。
(御親族と共に申し込みをされた方に伺います)	応募人数が募集定員を上回った場合、参加内定者を選定する必要があり、その結果、御親族との参加ができない場合もございますが、そのような場合でも、お一人での参加を希望されますか。				
	(希望する・希望しない)				

この内申書と添付資料は、本慰霊巡拝に係る事務にのみ使用いたします。お申し込み後、この内申書と戸籍などの添付資料は返却しませんので、あらかじめご了承ください

- 都道府県担当者記入欄：添付している書類について当てはまるものに○をつけてください
- 戦没者との続柄がわかるもの a 戸籍謄本 b その他()
 - 戦没地点がわかるもの: c 兵籍簿 d 死没者調査票 e その他()
 - 保管資料無し: f 都道府県に兵籍、死没者調査票等を保管していない

質 問 票（健康チェック票）

厚生労働省主催の慰霊巡拝参加申込み手続きを進めるにあたり、以下の項目1～7についてご記入をお願いいたします。

裏面は、ご本人と巡拝中に日本の緊急連絡先となるご家族の方にご記入をお願いいたします。
項目1～7までのご記入が終わりましたら、ご記入者の方の直筆サインの上、ご提出ください。

【注意事項】

近年、参加内定・決定後の自己都合による辞退のほか、旅行中に体調を崩し、緊急帰国もしくは滞在延長を余儀なくされるケースが生じています。現地では設備の整った医療機関の数は皆無、もしくは限られており、治療や帰国に多額の費用が発生することもあります。

上述の事情を考慮のうえ、ご家族や医師とも相談してご記入・お申し込みをしてください。

なお、ご記入いただいた内容は、慰霊巡拝に係る手続以外には使用いたしません。

なお、本質問票をご提出後に、記載いただいた状況に変化があった場合は、速やかにお申し出ください。

みなさまのご旅行中の安全とご健康のため、ご協力くださいますようお願いいたします。

項 目	はい	いいえ	「はい」にチェックした場合は具体的な内容をご記入ください。
1. 既往症等について			
(1) 今までに、大きな病気、入院、手術の経験はありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(病名、時期等)
(2) 今までに、以下の病気について指摘されたことはありますか。 病名：高血圧 糖尿病 喘息 脳梗塞 脳出血 心臓病 呼吸器疾患 精神疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(病名)
2. 現在の傷病・疾病について			
(1) 現在、治療中の病気はありますか。それはいつ頃から治療されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(病名、時期等)
(2) 薬や食べ物にアレルギーはありますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(薬名、食べ物名) 【対応の程度（食物アレルギーがある場合、いずれかに丸をつけてください）】 1 完全除去 2 つなぎ等原材料混入は可能 3 加熱すれば可能 【その他必要な対応・連絡事項があればご記入ください】
(3) 現在、飲んでいる薬等がありますか。 (処方箋、市販薬、サプリメント等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(薬名、病名)
3. 最近の体調について			
(1) 朝、気持ち良く起きられますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	「いいえ」にチェックした場合は具体的な内容をご記入ください。
(2) 食事は一日3回、美味しくとれていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 疲れがたまっていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

項 目 右の「ご本人」欄は慰霊巡拝参加申込者ご本人、 「ご家族等」欄は参加申込者のご家族の方にご記入をお願いします。	ご本人		ご家族等		「 いいえ 」にチェックした場合は具体的な内容をご記入ください。
	はい	いいえ	はい	いいえ	
4. 旅行中における動作について					
(1) 舗装されていない道を補助器具なしで歩くことができますか。 補助器具の例：杖、車いす など	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(使用している補助器具)
(2) 手すりのない階段を一人で上り下りすることができますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) スーツケースを自分で運ぶことができますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. 日常生活における認知状況について	はい	いいえ	はい	いいえ	「 はい 」にチェックした場合は具体的な内容をご記入ください。
(1) 最近、物忘れが多くなった。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(2) 約束の時間を守れないことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(3) 整理整頓が得意ではない。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(4) 置き忘れやしまい忘れが目立つようになった。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(5) 計算の間違いが多くなった。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(6) 慣れている所で、道に迷ったことがある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(7) 同じことを短い時間のうちに何度も言ったり聞いたりするようになった。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
※派遣直前に上記項目のうち4つ以上に『はい』が見受けられる場合は、ご家族や医療機関に渡航の可否を相談していただくとともに、同行者の検討をお願いすることもございます。					
6. この他、気になる症状や日常生活で特に留意すべき点などがあれば、ご記入ください。					
7. 【ご家族にご記入をお願いします】 参加者の日常生活や健康面について、留意すべき点、渡航に際しての意見などがあれば、ご記入ください。（記入例：脳梗塞や脳出血などの病気後に夜中の徘徊、行方不明が数回あったので心配しているなど）					

【ご本人にご記入をお願いします】

上記のとおりで間違いありません。

記入日 年 月 日

本人氏名(署名)：

【ご家族にご記入をお願いします】

上記のとおりで間違いありません。

記入日 年 月 日

緊急時連絡
家族氏名(署名)：

本人との続柄：該当する続柄に○をつけてください。

配偶者・子・孫・兄弟姉妹・甥姪

電話番号：

同意（誓約）書（硫黄島以外）

国の慰霊巡拝の参加に当たり、以下の事項について同意（誓約）します。

1. 個人行動の制限

国の慰霊巡拝は団体行動が基本原則となり、個人行動は制限されます。そのため、全日程に参加していただくとともに、慰霊巡拝の期間中は国の指定した宿泊先（結団式当日の前泊を含みます。）に宿泊していただきます。また、食事についても、アレルギー等特段の事情がない限り、巡拝団全員で同じ食事を召し上がっていただきます。

2. 補助金の支給

参加に係る費用のうち、「国家公務員等の旅費に関する法律（昭和25年法律第114号）」に基づいて算出された以下の合計額の3分の1（※）が補助金として支給されます。

- ・ 外国旅費のうち航空賃・鉄道賃・宿泊費・宿泊手当・渡航雑費等
- ・ 居住地都道府県の県庁所在地から出発地までの往復の内国旅費（結団式当日の宿泊料・宿泊手当を含みます。）

（※）今回のご旅行にかかる実費額の3分の1ではありません。

当該補助金は、公募により選定した民間団体を通じて、手配旅行業者に支払われますので、補助金相当額を差し引いた金額が、旅行経費として手配旅行者からみなさまに請求されます。

なお、遺族代表の方には補助金の支給がありますが、同行する介助者に対しては補助金の支給はありません。

3. 日程変更等に伴う追加費用等の発生

予期せぬ航空会社の運行スケジュールの変更や相手国の事情等により、日程を変更する場合や慰霊巡拝を中止する場合があります。それに伴い、追加費用やキャンセル料が発生する場合があります。

令和 年 月 日

氏名

（以下は、参加者が未成年（満18歳未満）の場合に、親権者が記載してください。）

同意書

以下の参加者が慰霊巡拝に参加することに同意します。

令和 年 月 日

参加者氏名

親権者氏名

同意（誓約）書（硫黄島）

国の慰霊巡拝の参加に当たり、以下の事項について同意（誓約）します。

1. 個人行動の制限

国の慰霊巡拝は団体行動が基本原則となり、個人行動は制限されます。そのため、全日程に参加していただくとともに、慰霊巡拝の期間中は国の指定した宿泊先（結団式当日の前泊を含みます。）に宿泊していただきます。また、食事についても、アレルギー等特段の事情がない限り、巡拝団全員で同じ食事を召し上がっていただきます。

2. 補助金の支給

参加に係る費用のうち、「国家公務員等の旅費に関する法律（昭和25年法律第114号）」に基づいて算出された以下の合計額の3分の1（※）が補助金として支給されます。

- ・居住地都道府県の県庁所在地から出発地までの往復の内国旅費（結団式当日の宿泊料・宿泊手当を含みます。）

（※）今回のご旅行にかかる実費額の3分の1ではありません。

当該補助金は、公募により選定した民間団体を通じて、手配旅行者に支払われますので、補助金相当額を差し引いた金額が、旅行経費として手配旅行者からみなさまに請求されます。

なお、遺族代表の方には補助金の支給がありますが、同行する介助者に対しては補助金の支給はありません。

3. 日程変更等に伴う追加費用等の発生

急な自然災害や航空会社の機材トラブル等により、やむを得ず日程を変更する場合や慰霊巡拝を中止する場合があります。それに伴い、追加費用やキャンセル料が発生する場合があります。

令和 年 月 日

氏名

（以下は、参加者が未成年（満18歳未満）の場合に、親権者が記載してください。）

同意書

以下の参加者が慰霊巡拝に参加することに同意します。

令和 年 月 日

参加者氏名

親権者氏名