健 康 管理手当認定申請書

福井県知事

（ 兼 口 座 振 替 依 頼 書 ）

令和 年 月 日提出

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な氏 名 | 被爆者健康手帳番号· | 明治大正 年 月 日生 昭和 | 男 ・女 |
| 氏 名　 |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所 電話　（　　　）　　　－　福井県福井市（　　　　　 　　　方） |
| 医療特別手当受給の有無 | 有・ 無 | 特別手当受給の有無 |  有・ 無 |
| 原子爆弾小頭症手当受給の有無 | 有・ 無 | 保健手当受給の有無 | 有・ 無 |
| ※ 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（ 該当するものに〇印をつける ） | 障 害 名 | 1 造血機能障害 5 脳血管障害 9 呼吸器機能障害2 肝臓機能障害 6 循環器機能障害 10 運動器機能障害3 細胞増殖機能障害 7 腎臓機能障害 11 潰瘍による消化器機能障害4 内分泌腺機能障害　8 水晶体混濁による視機能障害 |
| 疾 病 名 |  |
| 私の手当は、下記の金融機関口座に振り替えてください。 |
| 金 融 機 関 名 | 店 舗 名 | 普通預金口座番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 健康管理手当の受給資格の認定のために必要があるときは、私の疾病の状態について、福井県知事が医療機関に　照会等を行うことに同意します。申請内容に直接影響のない軽微な誤記があった場合、福井県知事が訂正を行うことを承諾します。 |
| 備 考 |

 添 付 書 類

この申請書には、※の欄に記入した疾病についての原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条第 1項

の規定による指定を受けた病院又は診療所の医師の診断書を添えてください。

|  |
| --- |
| 保健所等受付印 |
|  |