被爆者健康手帳交付申請書

福井県知事　杉 本　達 治　様

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
|  | 本　　籍 |
| 申 請 者 の | 住　　所 |
| 現　在　 の | 氏　　名 | ㊞　　男・女 |
|  | 生年月日 |

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第２条の規定により、被爆者健康手帳を交付くださるよう、関係書類を添えて申請します。

※　書かないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 特　　　　別 | 一　　般 |
| 受 理 番 号 | 記号・番号 | 法第１条号該当 | 令第　条号該当 | 当　　時歳 |

（注）申請するときの注意事項

1. 申請者は、申請人の自筆で最後のページまで書いてください。
2. 申請の際には、印鑑・健康保険証を持って本人がおいでください。
3. 外国人の方は、外国人登録証をお持ちください。
4. 申請者が当時胎児であった場合
5. 各欄にその母親の行動を書き、胎児であったことを証明する戸籍抄本を提出して下さい。
6. 母親が手帳を持っている場合または同時に申請する場合は、被爆証明書はいりません。
7. 被爆証明書について

被爆した事実を確認できる証明書を次の要領により記入または提出してください。

なお、証明人自身で記入していただくことになっています。

1. 証明人は、被爆当時の町内会長・隣組長または学校長などの２人の証明書。なお当時のり災証明書・その他公の機関が発行した証明書・書簡・写真等の記録書類があれば呈示し、その控えを提出してください。
2. 上記の証明が得られない方は、友人・知人など2人以上（三親等内の親族を除く。）の証明書を提出してください。
3. 上記のいずれかの証明も得られない方は、証明人が得られない理由書を提出してください。

《被爆当時の状況》

|  |
| --- |
| 広島市・長崎市に原子爆弾が落ちたときにいた場所 |
|  | 都・道府・県 | 市郡 | 町村 |  | ※市内被爆（　　　　km） |
| 原爆投下後入り込んだ日 | 入り込んだ場所（爆心地に一番近い場所） |
| ８月　　日から月　　日まで　　日間 |  |
| 目　的 |  |
| 救護従事者の期間 | 救護所の場所 |
| 昭和２０年　　月　　日から月　　日まで |  |
| 従事した場所 |
|  |
| 原子爆弾が落ちたとき、胎児だった者 |
| 生みの母親の氏名 |  |
| 母　　親 | 生　・　死 | 死亡年月日 | 年　　月　　日 |
| 母親の手帳記号・番号 |  |
| 被　　爆　　場　　所 |  |
| 入　　　　　　　　市 | ８月　　日　　　　　　　町に入る |
| 当時の住所または疎開地 |
|  | 都・道府・県 | 市郡 | 町村 |  |
| 被爆当時の職業 | 勤　務　先 | 名　　　　称 |
|  |  |  |
| 軍隊・軍属・学徒動員・艇身隊防空監視・徴用工員・消防団・医学生 | その勤務場所 |
|  |
| 公　的　証　明 | 有　・　無 | り　災　証　明 | 有　・　無 |
| 現在の職業および勤務先 |  |
| 連　絡　先 |  | ℡　　　－　　　　－ |

被爆当時の家族の状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 当時の年　齢 | 続柄 | 原爆が落ちたときいた場所（町村） | 爆心地付近に入り込んだ月日と場所 | 手帳の記号・番号 | 現 住 所（改姓等の状況） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| 屋内で被爆 | １　木造家屋内　２　鉄筋屋根工場内　３　コンクリート内　４　防空ごう内 |
| 屋外で被爆 | １　ものかげあり　　　　　２　ものかげなし |
| 被爆してから６か月の間に下のような症状がありましたか。　（あれば〇印を） |
| 症　　　状 | 熱　　　傷 | 外　　　傷 | 発　　　熱 | 脱　　　毛 | 貧　　　血 |
| 期　　　間 |  |  |  |  |  |
| 症　　　状 | 下　　　痢 | 歯ぐきから血が出た | 皮膚に斑点が出た |
| 期　　　間 |  |  |  |
| 現在病院にかかっている場合 | 病　名　（　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在病院にかかっていない場合 | 健・不　（症状　　　　　　　　　　　） |
| （注）　被爆当時の家族は、生計をともにしていた人、たとえば当時応召中、疎開中の人も含めて書いてください。 |
| 健康保険の種類 | （種　　　類） | （本人・家族の別）１　本人　２　家族 | （資格取得日）年　　月　　日 |

|  |
| --- |
| 広島（長崎）市内で被爆したときの状況 |
| 原子爆弾が落ちたときにいた場所 | 被爆地付近の略図 |
| 市　　　町　　丁目　　番地 |  |
| 勤務中の場合は勤務先名 |  |
| 原爆が落ちたとき、誰といましたか。（氏名・続柄） |  |
| 原爆が落ちたとき、どこで何をしていましたか。（例　自宅でまき割りをしていた等） |
| 原爆が落ちたとき、その日の周囲の様子を詳しく書いてください。 |
| 原爆が落ちた後、その日はどうしていましたか。（行動を書いてください。） |

以上申請書のとおり事実と相違ないことを誓約します。

申　請　者　　現　住　所

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

令和　　年　　月　　日

福井県知事　杉 本　達 治　様