申　述　書

令和　　年　　月　　日

福井県知事　杉 本　達 治　様

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

私は、被爆者健康手帳申請の交付申請にあたり、下記のとおり事実を申し述べます。

もし、事実に相違したことが判明した場合は、被爆者健康手帳の返納はもちろん、これに伴う一切の責任をとることを誓約します。

記

申述事項

（原爆が落ちる直前の様子や、被爆にいたったいきさつ、被爆後の行動、

あるいは入市したときの様子などを下の欄に詳しく記入してください。）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 |