

別添2

申請書類及び医療機関調査票の様式

目 次

○ 申請書	1
〔 健康管理手当認定、保健手当認定、保健手当額改定 医療特別手当認定、特別手当認定、原子爆弾小頭症手当認定 〕	
○ 葬祭料支給申請書	5
○ 健康管理手当用診断書	7
○ 保健手当用診断書	9
○ 医療特別手当用診断書	11
○ 原子爆弾小頭症手当用診断書	12
○ 口座振込依頼書	13
○ 委任状	14
○ 申立書	15
○ 氏名変更届	16
○ 居住地変更届	17
○ 死亡届	18
○ 医療機関調査票	19

(表 面)

平成（西暦） 年 月 日提出

- | | |
|--|-----|
| 1. 健康管理手当認定
2. 保健手当認定
3. 保健手当額改定
4. 医療特別手当認定
5. 特別手当認定
6. 原子爆弾小頭症手当認定 | 申請書 |
|--|-----|

殿

(ふりがな)		生 年 月 日	性 別
氏 名	〒	西暦 明治 大正 昭和	年 月 日 男・女
手帳に記載 されている 居住地		最後に交付を 受けた被爆者 健康手帳につ いて	(都道府県・市名) 都・道・府・県・市 (該当するものに○をして下さい) (手帳番号)
現在の居住地	住 所 電話番号 ()		
健康管理手当受給の有無	有・無	保健手当受給の有無	有・無
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		
健康 管理 手 当	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	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 6 循環器機能障害
		疾病名 (A)	
	添付書類	上記 (A) に記入した疾病についての診断書 (健康管理手当用)	
保 健 手 当	保健手当証書の記号番号		
	原子爆弾被爆者に対する援 護に関する法律第28条第3 項各号のいずれかに該当す る場合はその理由	1 身体上の障害がある者 2 配偶者、子及び孫のいずれもいない70歳以上の者であって、同居して いる者がいない者	
	添付書類	1 上記1に○印を付けた場合は、身体上の障害についての診断書 (保健 手当用) 2 上記2に○印を付けた場合は、次の①、②の書類 ① 配偶者 (婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情に ある者を含む。)、子及び孫のいずれもいないことについての公的機関の 証明書 ② 同居者がいないことを明らかにすることができる公的機関の証明書 3 爆心地から2キロメートル以内で被爆した事実を認めることができる書 類 (当該書類がない場合においては、当該事実についての申立書)	

医療特別手当・特別手当・原子爆弾小頭症手当	法第11条第1項の認定の有無			有・無
	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第11条第1項の認定に係る負傷又は疾病の名称、認定番号及び認定年月日	負傷又は疾病の名称 (B)	認定番号	認定年月日
				昭和 平成 年 月 日
	上記 (B) の負傷または疾病の状態	別紙診断書のとおり		
添付書類	1. 医療特別手当 上記 (B) に記入した負傷又は疾病についての診断書 (医療特別手当用) 2. 原子爆弾小頭症手当診断書 (原子爆弾小頭症手当用) 注 ただし、上記Bの欄に記入した負傷または疾病の名称が小頭症または近距離早期胎内被爆症候群である場合は、診断書を添える必要はありません。			
備 考				

記入上の注意

- 1 「氏名」及び「手帳に記載されている居住地」は、被爆者健康手帳に記載されている言語と同じ言語で記入してください。
- 2 「疾病名」及び「負傷又は疾病の名称」は、日本語又は英語で記入してください。
- 3 氏名については、記名押印又は署名をしてください。

○ 以下については、領事館等の職員が記入しますので、記入しないでください。

受付年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
領事館等名：在 _____ 大使館 / 総領事館
担 当 者： _____

(記入例)

健康管理手当を申請する場合

(表 面)

平成(西暦)〇〇年〇〇月〇〇日提出

- ① 健康管理手当認定
- 2. 保健手当認定
- 3. 保健手当額改定
- 4. 医療特別手当認定
- 5. 特別手当認定
- 6. 原子爆弾小頭症手当認定

申請書 ←

「1. 健康管理手当」に○をしてください。

〇〇市長(知事) 殿 ←

被爆者健康手帳を発行した市・都道府県を、日本語又は英語で記入してください。

(ふりがな) こうせい たろう		生 年 月 日		性 別	
氏 名 厚生 太郎 ㊟		西暦 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 明治 大正 昭和		男・女 <input checked="" type="radio"/>	
手帳に記載されている居住地	〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号		最後に交付を受けた被爆者健康手帳について		(都道府県・市名) 〇〇 都・道・府・県・市 (該当するものに○をして下さい)
					(手帳番号) 1 2 3 4 5 6 7
現在の居住地		住 所 1234 Kousei Street, San Francisco, CA 94000, USA			
電話番号 012 (345) 6789					
健康管理手当受給の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	保健手当受給の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>		
医療特別手当受給の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	特別手当受給の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>		
原子爆弾小頭症手当受給の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>				
健康管理手当	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	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 6 循環器機能障害		
	添付書類	疾病名(A)	肺がん		
保健手当証書の記号番号		上記(A)に記入した疾病についての診断書(健康管理手当用)			
保健手当	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第28条第3項各号のいずれかに該当する場合はその理由	1 身体上の障害がある者 2 配偶者、子及び孫のいずれもいない70歳以上の者であって、同居している者がいない者			
	添付書類	1 上記1に○印を付けた場合は、身体上の障害についての診断書(保健手当用) 2 上記2に○印を付けた場合は、次の①、②の書類 ① 配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。)、子及び孫のいずれもいないことについての公的機関の証明書 ② 同居者がいないことを明らかにすることができる公的機関の証明書 3 爆心地から2キロメートル以内で被爆した事実を認めることができる書類(当該書類がない場合においては、当該事実についての申立書)			

・被爆者健康手帳を見て、手帳に記入してある言語で記入してください。
・印鑑がない場合はサインでも構いません。

身分証明証等に記載してある現在の居住地を記入してください。

現在、手当の支給を受けている場合は、その手当の欄の「有」に○をしてください。なお、手当の支給を受けていない場合には「無」に○をしてください。

・診断書の障害の種類の見、該当する障害名に○をしてください。
・診断書の疾病の名称を見て、日本語又は英語で記入してください。
・診断書を添付してください。

(裏面)

医療特別手当・特別手当・原子爆弾小頭症手当	法第11条第1項の認定の有無			有・無
	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第11条第1項の認定に係る負傷又は疾病の名称、認定番号及び認定年月日	負傷又は疾病の名称 (B)	認定番号	認定年月日
				昭和 平成 年 月 日
	上記(B)の負傷または疾病の状態	別紙診断書のとおり		
添付書類	1. 医療特別手当 上記(B)に記入した負傷又は疾病についての診断書(医療特別手当用) 2. 原子爆弾小頭症手当診断書(原子爆弾小頭症手当用) 注 ただし、上記Bの欄に記入した負傷または疾病の名称が小頭症または近距離早期胎内被爆症候群である場合は、診断書を添える必要はありません。			
備考				

記入上の注意

- 1 「氏名」及び「手帳に記載されている居住地」は、被爆者健康手帳に記載されている言語と同じ言語で記入してください。
- 2 「疾病名」及び「負傷又は疾病の名称」は、日本語又は英語で記入してください。
- 3 氏名については、記名押印又は署名をしてください。

○ 以下については、領事館等の職員が記入しますので、記入しないでください。

受付年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
領事館等名：在 _____ 大使館 / 総領事館
担当者： _____

葬祭料支給申請書

殿

平成（西暦） 年 月 日提出

(ふりがな) 氏 名		死亡した被爆者 との関係		
居 住 地	住 所 電話番号 ()			
申請者が葬祭を 行う年月日又は 行った年月日	平成（西暦） 年 月 日			
死 亡 し た 被 爆 者	氏 名	西暦 明治 大正 昭和	年 月 日生 男・女	
	死亡の際の 居 住 地			
	最後に交付を 受けた被爆者 健康手帳につ いて	(都道府県・市名) 都・道・府・県・市	(手 帳 番 号)	
	死亡年月日	平成（西暦） 年 月 日		
	死亡した場所			
	死亡した原因			
	遺族の有無	有 (1. 配偶者 2. 子 3. 父母 4. 孫 5. 祖父母 6. 兄弟姉妹) 無 ・ 不明		

記入上の注意

- 1 「氏名」及び「最後に交付を受けた被爆者健康手帳について」は、被爆者健康手帳に記載されている言語と同じ言語で記入してください。
- 2 「死亡した場所」及び「死亡した原因」は、日本語又は英語で記入してください。
- 3 氏名については、記名押印又は署名をしてください。

添付書類

この申請書には、死亡及び死因を確認できる書類を添えてください。

○ 以下については、領事館等の職員が記入しますので、記入しないでください。

受付年月日：平成 年 月 日 領事館等名：在 大使館 / 総領事館 担 当 者：
--

葬祭料を申請する場合

葬祭料支給申請書

〇〇市長(知事) 殿 ←

平成(西暦) 〇〇年〇〇月〇〇日提出

被爆者健康手帳を発行した市・都道府県を、日本語又は英語で記入してください。

(ふりがな)				死亡した被爆者		Wife				
氏名		Hanako Kousei		との関係						
居住地		住所 1234 Kousei Street, San Francisco, CA 94000, USA 電話番号 012 (345) 6789								
申請者が葬祭を行う年月日又は行った年月日		平成(西暦) 〇〇年〇〇月〇〇日								
死亡した被爆者	氏名	厚生太郎		西暦 明治 大正 昭和 〇〇年〇〇月〇〇日生		<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女				
	死亡の際の居住地	1234 Kousei Street, San Francisco, CA 94000, USA								
	最後に交付を受けた被爆者健康手帳について	(都道府県・市名) 〇〇 都・道・府・県 <input checked="" type="radio"/> 市		(手帳番号)						
				1	2	3	4	5	6	7
	死亡年月日	平成(西暦) 〇〇年〇〇月〇〇日								
	死亡した場所	Kousei Hospital								
	死亡した原因	Lung Cancer								
遺族の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無・不明 ①. 配偶者 ②. 子 ③. 父母 ④. 孫 ⑤. 祖父母 ⑥. 兄弟姉妹									

身分証明書等に記載してある氏名・居住地などを記入してください。

被爆者健康手帳を見て、手帳に記入してある言語で記入してください。

死亡の際の居住地を記入してください。

被爆者健康手帳を見て、手帳に記入してある言語で記入してください。

死亡及び死因を確認できる書類を見て、日本語又は英語で記入してください。

該当するものに○をしてください。

記入上の注意

- 1 「氏名」及び「最後に交付を受けた被爆者健康手帳について」は、被爆者健康手帳に記載されている言語と同じ言語で記入してください。
- 2 「死亡した場所」及び「死亡した原因」は、日本語又は英語で記入してください。
- 3 氏名については、記名帳又は署名をしてください。

添付書類

この申請書には、死亡及び死因を確認できる書類を添付してください。

◇ 以下については、領事館等の職員が記入しますので、記入しないでください。

受付年月日:	平成 年 月 日
領事館等名:	在 大連館 / 総領事館
担当者:	