

県受付印

市町受付印

健康管理手当認定申請書 （兼口座振替依頼書）

広島県知事様

令和 年 月 日提出

(ふりがな)		明治			
氏名		大正	年	月	日生 男・女
居住地	〒	被爆者健康手帳番号			
医療特別手当受給の有無	有・無	特別手当受給の有無	有・無	電話	()
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	番号	()()
※1 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 2 肝臓機能障害 3 細胞増殖機能障害 4 内分泌腺機能障害 5 脳血管機能障害 6 循環器機能障害	7 腎臓機能障害 8 水晶体混濁による視機能障害 9 呼吸器機能障害 10 運動器機能障害 11 潰瘍による消化器機能障害		
	疾 病 名				
原爆手当について過払金があるときは、健康管理手当から差し引いて支給されても結構です。					
備 考					

※2 次の金融機関の普通預金口座に入金してください。
(受取口座に変更がない場合は記入不要です。)

金融機関名	店舗名	金融機関コード	店舗コード	預金種目	口 座 番 号
				1 普通	

【記入上の注意】

- 1 ※1の欄は該当するものに○印を付けてください。
- 2 ※2の欄は、口座振替払を希望する金融機関名・店舗名及び口座番号を記入してください。
ただし、あなたが原爆被爆者手当を受給するために、すでに受取口座を届出ている場合は、記入する必要はありません。
なお、口座振替払のできる金融機関は次のとおりです。

【口座振替払のできる金融機関】

漁業協同組合を除く金融機関

【添付書類】

この申請書には、※1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。
(診断書は申請日前1か月以内に発行されたもの)