

被爆者健康手帳交付申請書

令和 年 月 日

本籍地

居住地

(ふりがな)

氏名

生年月日 年 月 日生

性別

電話番号 ()

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されたく関係書類を添えて申請します。

I. 被爆当時の状況

当時の住所 または疎開先			
当時の勤務先 および名称			
公的証明	有 ・ 無	罹災証明	有 ・ 無
現在の勤務先 および名称			

II. 原爆投下の時、広島市または長崎市に居住して直接被爆した人は次の欄にすべて記入してください。

原爆投下の時にいた場所（詳細に） 勤務中の場合はその勤務先名	被爆地附近の略図
	※被爆距離（ km）
原爆投下された時、誰といましたか。 氏名 関係	
原爆投下の時、何をしていましたか。	
原爆投下の日の行動およびおおむね2週間以内の行動を詳しく書いてください。 （月日時、町名、目的等）	

※の欄は記入しないでください。

III. 原爆投下後、2週間以内に市内に立入った人は次の欄にすべて記入してください。

原爆投下の時にいた場所と入市した月、日、時を書いてください。 入市月日時 昭和20年8月 日 時
--

原爆投下後から入市するまでの行動を詳しく書いてください。 (月日時、町名、目的等)	
誰から災害の知らせを受けましたか	
氏 名	関 係
日 時	場 所

IV. 原爆投下当時、胎児であった人は次の欄に記入してください。

母 親 の 氏 名		母 親 の 生 死	
母親の手帳番号		妊 娠 期 間	
母親の被爆場所	市	町・村	丁目 番地
入 市 日	昭和20年8月	日	町に入る

V. 被爆当時の急性症状（おおむね6ヶ月以内）

--

VI. 過去の健康状態とかかった主な傷病及び時期

--

VII. 被爆当時の家族状況

氏名	当時の年齢	続柄	原爆が投下された時の場所	原爆投下後立入った場所および月日	手帳番号	現住所
		本人				

申立書のとおり事実と相違ないことを誓約いたします。

申請者氏名

年 月 日

三重県知事あて