

様式第九号（第二十九条関係）

医療特別手当認定申請書

三重県知事 あて

年 月 日提出

(ふりがな) 氏 名			明治 大正 年 月 日生 昭和	男・女
居 住 地	郵便番号 電話番号 ( )		被爆者健康 手帳の番号	
※ 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	認 定 番 号	認 定 年 月 日	
			年 月 日	
上記の負傷 又は疾病の 状態	別紙診断書のとおり			
特別手当受給の有無	有・無	健康管理手当受給の有無	有・無	
保健手当受給の有無	有・無			
備考				

添付書類

この申請書には、※の欄に記入した負傷又は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12条第1項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。

(日本工業規格A列4番)