

様式第十三号（第四十四条関係）

特別手当認定申請書

三重県知事 へ

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			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	
医療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				

(日本工業規格A列4番)