

被爆者健康診断交通手当支給申請（請求）書

広島市長殿

令和 年 月 日提出

申請者（請求）	(ふりがな) 氏名		明治 大正 年 月 日生 昭和	男 ・ 女	
	住所	広島市 区 町 丁目 番 号	番地		
	申請（請求）金額	下記の通院経路 D×2 の金額 円	被爆者健康手帳又は健康診断受診者証の番号		
	受診年月日 令和 年 月 日	受診医療機関名	検診区分 (○で囲む。)	一般 精密 がん	
	振込先	※次のいずれか希望される箇所に○をつけてください。 1 健康管理手当・保健手当・医療特別手当・その他の原爆手当（ ）と同じ。 2 その他（下記の金融機関名等を記入してください。）			
	金融機関名	店舗名	金融機関コード	店番	
	預金種別 1 当座 2 普通	口座番号			

通院経路

交通機関	利用区間（停留所、駅、港名を記入してください。）	交通費
バス 電車・汽車 船舶	～	片道 A 円
バス 電車・汽車 船舶	～	片道 B 円
バス 電車・汽車 船舶	～	片道 C 円
計		片道 D (=A+B+C) 円

以下は記入しないでください。

決定	係	係長	課長	公印	施行
1 認定	支給額 円				
2 却下	理由	✓	✓	✓	✓