

氏名	平和太郎	性別	男・女	生年月日	明治 大正 昭和	〇〇年〇〇月〇〇日
居住地	〒730-8586 広島市中区国泰寺町一丁目6番34号					
被爆者健康手帳の番号	012345-6	電話	(082) 245-2111			
負傷又は疾病の名称	(医師の意見書と一致させる必要がありますので、空白にしておいてください)					
被爆時の状況 (入市の状況を含む。) (※1)	(被爆場所) 朝食を家族と食べているとき。 〇〇町の自宅にて被爆 被爆距離 〇.〇km 木造建物(平屋建) (被爆直後から約1週間の行動) 〇日から、行方不明の親戚を〇〇町付近まで探しに行った。					
被爆直後の症状及びその後の健康状態の概要 (※2)	(被爆後の症状の有無(有の場合はその状況)) 2か月間、発熱が続いた。 脱毛した。下痢もあった。 (これまでの主な病歴) 昭和56年から昭和60年まで糖尿病で〇〇医院にて通院治療した。 平成20年より 白内障で〇〇眼科で通院治療中。 平成22年 1月 甲状腺がんと診断される。 平成22年 2月 甲状腺がんを〇〇病院にて入院、手術。 現在も通院治療中					
医療の給付を受けようとする指定医療機関	名称及び所在地	(空白)				
	訪問看護ステーション等の名称及び所在地	(空白)				

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第11条第1項の規定により、認定を受けたく、関係書類(被爆者健康手帳交付申請書等)を添えて申請します。

なお、この認定を行うに当たって必要があるときは、私の疾病の状態について、厚生労働大臣が広島市長を通じ、医療機関に照会等を行うことに同意します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者 平和太郎

厚生労働大臣 殿

- (※1) 被爆をした地点及びその周囲の状況について記載してください。
被爆後の入市がある場合には、入市日、入市の時刻、入市経路及びその
なお、被爆者健康手帳の記載を参考に記載し、その写しを添付してください。
- (※2) 被爆直後の症状や被爆時以降現在までの健康状態の変化等について記
医療を受けていたり様々な調査を受けていたことにより、客観的な資料が
備考 分量が多い場合には別紙で記載しても差し支えない。
訪問看護ステーション等の名称及び所在地については、医療の給付を受けようとする指定医療機関が指定訪問看護事業者
又は指定居宅サービス事業者(訪問看護)であるときのみ記入すること。

申請者は被爆者本人です。
上表の氏名欄と一致させてください。
窓口に来た人(家族等)ではありません。