**黒い雨に遭った母の疾病罹患状況確認用**

**（胎内被爆申請関係）**

証　明　書

　　　令和　　　年　　　月　　　日

広　島　市　長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 証　　明　　者 |  | 明　治  大　正  昭　和　　　　年　　　　月　　　　日生  平　成 |
| 居住地　〒　　　　― | 電話（携帯）（　　　）　　　　―  　　（自宅）（　　　）　　　　― |
| 申請者の母との関係（当てはまるものに☑をしてください）※申請者本人以外の方に限ります。  □子　　□孫　　□兄　　□姉　　□弟　　□妹　　□その他親族（続柄　　　　　　　　　）  □近所の住民　　□医療従事者（職名：　　　　　　）　□介護従事者（職名：　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

|  |
| --- |
| 申請者氏名 |

申請者の母の氏名

私は　　　　　　　　　　　　　　　　　について次のとおり証明します。

|  |
| --- |
| 申請者の母の病状について（具体的な病名、罹患の時期、症状の内容、罹患後の症状の推移、治療を受けた病院の名称、治療の内容、罹患状況を知り得た経緯などを記載してください。） |
|  |
|  |
|  |
|  |

証明書を代筆した場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 証明者との続柄 | 居住地  電　話（　　　）　　　　　― |
| 代筆した理由 | | |
|  | | |