

申請者	新居住地 広島市 区 連絡先 ()		フリガナ 氏名 明治・大正・昭和 年 月 日生	
	旧居住地 県		旧健康手帳又は受診者証番号 第 号	資格取得日 昭和 平成 年 月 日 令和
	被爆者健康手帳 * 救護従事者等 (法第1条第3号)の 方は記入の必要 はありません	直接被爆者 (法第1条第1号)	被爆した場所 市 町 爆心地からの距離 . Km	
		入市者 (法第1条第2号)	入市日 8月 日	入市場所 町 入市
	* 胎児(法第1条第4号)の場合は母親の被爆状況を上の1号又は2号のうち該当する欄へ記入してください。			
健康診断受診者証 (法附則第17条)	原子爆弾が投下 された時の所在地 郡 村 大字	爆心地からの距離 . Km		
* 胎児の場合には、母親の被爆状況を上の欄に記入してください。				
厚生労働大臣の認定 (法第11条第1項)	認定の有無	有 (認定年月日: 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和) 認定番号: 第 号) ・ 無		
原爆手当 * 手当受給者のみ 記入してください	手当の種類	1 医療特別手当 2 特別手当 3 原爆小頭症手当 4 健康管理手当 5 保健手当 6 介護手当		
	振込金融機関	金融機関名	店 舗 名	
		金融機関コード[空欄可] 店 番		
		口座名義(カナ)【申請者名義の口座に限ります】		
		普通預金口座番号		
◎ 届出内容に影響のない軽微な誤記があった場合、広島市が訂正することを承諾します。				

被爆者健康手帳又は 健康診断受診者証を受領しました。	受領日 令和 年 月 日	署名
-------------------------------	------------------------	----

◎ 本届の提出に当たっては、被爆者健康手帳又は健康診断受診者証、手当受給者の場合は手当証書及び受給者名義の普通預金口座を確認できるものも必要です。
◎ **本人確認書類(裏面参照)**を必ず持参してください。

【確認欄】 ○ 以下は記入しないでください。

各区・出張所 受付印	届出者(被爆者) 本人確認書類	<input type="checkbox"/> 被爆者健康手帳 <input type="checkbox"/> 運転免許証(運転経歴証明書) <input type="checkbox"/> 裏面書類NO. []	代理人 (提出・受領者) 本人確認書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証(運転経歴証明書) <input type="checkbox"/> 裏面書類NO. [] * 資格を証する書類 <input type="checkbox"/> 法定代理人 <input type="checkbox"/> 委任状[別添]	
	広島市 第 号	交付	令和 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 被爆者健康手帳(法第1条 第 号) <input type="checkbox"/> 健康診断受診者証(種別 第一種 ・ 第二種)	転入	令和 年 月 日		
	確認者	係	係長	課長	
		交付台帳	異動票		
援護課 受付印	転入者の最終支給月の確認 令和 年 月分まで 支給済 /	確認者	支給期間 令和 年 月から令和 年 月	起案	決裁
	障害名等		証書の記号番号	係	係長
				課長	