

広島市原爆死没者名簿登載確認票

依 頼 者	氏 名	
	住 所	
	生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日
	死没者との続柄	
	目 的	<input type="checkbox"/> 死没者名簿への登載を確認するため <input type="checkbox"/> 死没者名簿への登載を希望するため <input type="checkbox"/> その他 ()

死 没 者	ふりがな	男・女	生 年 月 日	明治 大正 昭和 年 月 日									
	氏 名		死 没 年 月 日	昭和 平成 年 月 日									
	ふりがな		(年齢)	令和 (歳)									
	被爆当時の氏名												
	被爆の状況	(直接被爆) 町	(入市被爆) 昭和 20 年 8 月 日 町	(その他の被爆) 救護等	死因								
	被爆時住所				被爆時職業								
死没時住所				被爆者健康手帳の有無	有 無	手帳番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							

上記のとおり、事実と相違ありません。

令和 年 月 日 (署名) _____

該当する箇所に☑を御記入ください。

・ 登載の有無の回答

必要 (以下に連絡先を記入してください) 不要

電話番号 (携帯電話可) ※

[_____]

※ 御依頼者に電話で回答しますので、
平日 8:30~17:00 に連絡のとれる
電話番号を記入してください。

・ 広島市原爆死没者名簿に登載がない場合は、この確認票をもって登載します。

同意する 同意しない

※ 郵送の場合は、公的機関が発行する免許証や保険証等(「氏名」、「住所」及び「生年月日」以外の情報は消したものの(マスキングを施したもの))の写しを同封してください。

* 返信先・問合せ先

〒730-8586 中区国泰寺町一丁目6番34号

広島市健康福祉局原爆被害対策部調査課

電話 (082) 504-2191 F A X (082) 504-2257

※ 記入しないでください。

区分	名簿登載	本人確認	確認	連絡日時
窓口・郵送	済 ・ 未	免・保・()		月 日 時