医療特別手当認定申請書

（兼口座振替依頼書）

広　島　市　長　　令和　　年　　月　　日

ふりがな	被爆者健康手帳番号	明治 大正　年　月　日生 昭和	男・女
氏名			
居住地	電話番号（　　）　－ 広島市　　区		

※申請者本人の居住地・電話番号と異なる場合にのみ、記入してください。

連絡先	（〒　　－　　）　電話番号（　　）　－	
	氏名	続柄

上記「連絡先」に記入した場合、１か２のいずれかに○をしてください。）

① 結果通知は「居住地」に送付してください。　② 結果通知は上記「連絡先」に送付してください。

※　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第11条第１項の認定に係る負傷又は疾病の名称、認定番号及び認定年月日	負傷又は疾病の名称	認定番号	認定年月日
		－	令和　年　月　日
上記の負傷又は疾病の状態	別添診断書のとおり		

現在、受給している手当にチェック☑してください。

☐医療特別手当	☐特別手当	☐健康管理手当	☐保健手当

私の手当は、下記の金融機関口座に振り替えてください。（１か２のいずれかに○をしてください。）

① 現在受給中の手当の振込先の金融機関口座（**下欄の記入は不要**です。）

② １以外の金融機関口座（**下欄に記入してください。**）

金融機関名	店舗名	普通預金口座番号

・医療特別手当の受給資格の認定のために必要があるときは、私の疾病の状態について広島市長が医療機関に照会等を行うことに同意します。

・原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づき支給される手当について過払金があるときは、医療特別手当から差し引いて支給されることに同意します。

添　付　書　類

この申請書には、※の欄に記入した負傷又は疾病についての原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第12条第１項の規定による指定を受けた病院又は診療所の医師の診断書を添えてください。

ただし、同法第11条第１項の規定による認定申請を同時に行なう場合は、診断書の添付は省略することができます。

◎　以下の欄は記入しないでください。

受付印	各区・出張所チェック欄	決定
	☐（結果通知を「連絡先」に送付希望の場合）『送付先変更の届』を案内した。 ☐（現在、受給している手当がない場合）健康管理手当又は保健手当を案内した。	認定期間 令和　年　月　～令和　年　月 証書の記号番号　ひしい
	備考	

R2.9改　A4