



# 健康管理手当認定申請書

(兼口座振替依頼書)

広島市長

令和 年 月 日提出

ふりがな		被爆者健康手帳番号			明治		男・女
氏名					大正 年 月 日生		
住所		電話 ( ) -					
広島市 区					( 方)		
医療特別手当受給の有無		有・無		特別手当受給の有無		有・無	
原子爆弾小頭症手当受給の有無		有・無		保健手当受給の有無		有・無	
※ 原子爆弾被爆者 に対する援護に関 する法律第27条 第1項に規定する 障害を伴う疾病に ついて (該当するものに ○印をつける)	障害名	1 造血機能障害	5 脳血管障害	9 呼吸器機能障害			
	疾病名	2 肝臓機能障害	6 循環器機能障害	10 運動器機能障害			
		3 細胞増殖機能障害	7 腎臓機能障害	11 潰瘍による消化器機能障害			
		4 内分泌腺機能障害	8 水晶体混濁による視機能障害				
私の手当は、下記の金融機関口座に振り替えてください。							
金融機関名		店舗名		普通預金口座番号			
健康管理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。							
備考 申請内容に直接影響のない軽微な誤記があった場合、広島市が訂正を行うことを承諾します。							

## 添付書類

この申請書には、※の欄に記入した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19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。

◎ 以下の欄は記入しないでください。

受付印	決定		決 裁 日		
	1 該当	支給期間 令和 年 月～令和 年 月	係	係長	課長
		証書の記号番号 ひしけ			
2 非該当	理由				