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	□　死没者名簿への登載を確認するため □　死没者名簿への登載を希望するため □　その他（　　）

死没者	ふりがな 氏　　名	男・女	生　年 月　日	明治 大正 昭和　　年　　月　　日
	ふりがな 被爆当時の氏名		死　没　年 月　日 （年齢）	年　　月　　日 （　　歳）
	被爆の状況	（直接被爆）　町 （入市被爆）昭和 20 年 8 月　日　町 （黒い雨に遭った場所）	（その他の被爆） 救護等　・　胎児被爆　・　黒い雨	
			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　手帳番号 無

上記のとおり、事実に相違ありません。

年　　月　　日　　（署名又は記名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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（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　ＦＡＸ（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