|  |
| --- |
| **被爆者健康手帳交付申請書**様式第一号（第一条関係）①　　年　　月　　日大 阪 府 知 事 様　　　　　　 **-**ふりがな県府居住地　　　　　　　　　　　　　　　　本籍地　　　　都道ふりがな氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞生年月日　大正性　　別　昭和　　　　　年　　　月　　　日生　　　　　男・女市外局番　　　市内局番連 絡 先 電話番号　　　　　　－ 　　　　　－　 　　　番（　　　 方）原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第2条の規定により、被爆者健康手帳を交付されたく、関係書類を添えて申請します。添付書類□　住民票（戸籍事項の記載のあるもの）□　申述書①②（⑥､⑦､⑧）□　交付申請が遅れた理由書③□　被爆当時の家族状況④□　被爆の事実を証明できる資料又は被爆状況証明書（2通）⑤□　誓約書⑨、同意書⑬保健（センター）所受付印 |

|  |
| --- |
| ①（　裏　　面　）**申　　　述　　　書**下記の申述に相違ありません。記 |
| 原爆投下当時の居住地 |  |
| 直接被爆の場合 | 被爆場所（くわしく） |  | 爆心地よりの距離 | ｷﾛﾒｰﾄﾙ |
| 被爆当時の職業 |  | 当時の　勤務先等 |  |
| 入市の場合 | 原子爆弾が投下された後2週間以内に被爆地に入った日及び場所 | 8月　日から8月　日まで | 日間　　市　　町 |
| 救護活動の場合 | 期間 | 昭和20年8月　　　日から　　　　日まで　　　日間 |
| 救護班の名称 |  | 従事した場所 |  |
| 当時胎児であった者の場合 | 母親の氏名 |  | 母親の生死 | 生存（現住所　　　　　　　　）死亡(　　　　年　　月　　日） |
| 母親の被爆手帳の内容 | 　　　県発行、番号　　　　　、交付年月日　　　年　　　月　　　日法令区分1．2．3．号、被爆地　　　　　市 　　　　　町　　　　Km入市場所　8月　　　日から　　　月　　　日まで　　　市　　　町 |
| 被爆状況（ | 原子爆弾が投下された当時の自分の状況又は、その後被爆地に立ち入った時の状況をできるだけくわしく記入すること。この欄に書き入れられない場合は別の用紙に記入して添付すること。 | ） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |