**健康管理手当認定申請書**

様式第十八号（第五十二条関係）

㉙

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | ㊞ | 明治大正　　年　　月　　日生昭和 | 男・女 |
| 氏　　　名 |  |
| 居住地　 | 郵便番号　　　　　　　　 |
| 公費負担者番号 | 1 | 9 | 2 | 7 | 6 | 0 | 1 | 3 | 連絡先（電話番号） | 自　宅（　　　）　　 －携　帯（　　　）　　 －呼　出（　　　）　　 －　　　 (　 　方) |
| ※1 公費負担医療の受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療特別手当受給の有無 | 証書番号有（　　　　　 　　）・無 | 特別手当　　　　受給の有無 | 証書番号有（　　　　　　　　　）・無 |
| 原子爆弾小頭症手当受給の有無 | 証書番号有（　　　　　　 　）・無 | 保健手当　　　　受給の有無 | 証書番号有（　　　　　　　　　）・無 |
| ※2 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 | 障害名 | 1 造血機能障害　　　5 脳血管障害　　　 9 呼吸器機能障害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 |
| 疾病名 |  |
| ※3 受給権が認定された場合、健康管理手当は銀行振込の方法で支払いますので、振込先銀行名等を下記に記入してください。 |
| 銀行名 | 　　　　　銀　　行　　　　　信用金庫　　　　 　支店 | 預金種別 | 普　通　預　金 |
| （ふりがな）　　口座名義 |  | 口座番号 |  |
| 保健所受付印 | 本庁受付印 | 疾病認定審査 | 障　害 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 |
| 期　間 | （　　　）年間　・　終　身 |
| 上記のとおり決定する。　　年　　月　　日認定審査医氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 備　考 | 認定番号 |  |
| 旧受給権 | 　　　　年　　　月まで |
| 支給期間 | 年　　　月～　　年　　　月　　　 |
| 保健手当受給 | 有(　　年　　月まで支給）・無 |

大阪府知事　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　提出

裏面（記入上の注意と添付書類）をよく読んでください。

太線内をすべて記入のこと。

記入上の注意

㉙

（裏　面）

１．※1の欄

公費負担医療の受給者番号は被爆者健康手帳をよく見て、記入してください。

２．※2の欄は該当するものに○印を付けてください。

３．※3の欄

　　　　　　　申請者名義の銀行口座（普通預金）を記入してください。

　　　　　　　ゆうちょ銀行は、支店名漢数字3桁、口座番号７桁を記入してください。

添付書類

１．この申請書には次の書類を添えてください。

（1）※2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（健康管理手当用）㉚（診断書は申請日前1ヶ月以内に作成したもので、検査成績は診断書作成日前3ケ月以内のものに限ります。）

（2）短期滞在の外国人である場合は、パスポートの写し