**医療特別手当認定申請書**

様式第九号（第二十九条関係）

㉓

大阪府知事様

　　年　　月　　日提出

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　　　名 |  | 明治大正 　 年　 月　 日生昭和 | 男・女 |
| 　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 居　住　地 | 郵便番号電話番号　　(　　　　) | 被爆者健康手帳の番号 |  |
| ※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 |
|  |  | 　　 　年 　月 　日 |
| 上記の負傷又は疾病の状態 | 別紙診断書のとおり |
| 特別手当・健康管理手当・保健手当受給の有無 | 証書番号無・　有　（　　　　　　　　　　） |
| 振込銀行名 | 　　　　銀行　　　　支店 | 預金種別 | 普通預金 |
| （ふりがな）口座名義 |  | 口座番号 |  |
| 備　考 |