**保健手当認定申請書**

様式第二十一号（第五十六条関係）

㉛

大阪府知事　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日提出

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | 明治大正　 　　年　 　月　　日生昭和 | 男・女 |
| 氏名 | ㊞ |
| 居住地　　 | 〒 |
| 公費負担番号 | 1 | 9 | 2 | 7 | 6 | 0 | 1 | 3 | 連絡先(電話番号) | 自宅（　 　 　　）　－ 　　－　 　番 携帯（　 　　 　）呼出（ 　　　 方）勤務先（　　 　） |
| 公費負担医療の受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療特別手当・特別手当・原子爆弾小頭症手当・健康管理手当受給の有無 |  証書番号　無 ・ 有 （　　　　　　　　　　） |
| ※1　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第28条第3項各号のいずれかに該当する場合はその理由 | １.　身体上の障害がある者 |
| ２.　配偶者、子及び孫のいずれもいない70歳以上の者であって、その者と同居している者がいないもの |
| 振込銀行名 | 銀　行信用金庫 | 支店 | 預金種別 | 普通預金 |
|  |  | 口座番号 |  |
| 保健所受付欄 | 本庁受付欄 | 備考欄 |

記入上の注意と添付書類については、裏面に記載してあります。よく読んでください。

㉛

（裏　面）

記入上の注意

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第28条第3項第1号又は第2号に該当するとして申請をする場合には、※１の欄の該当するものに○印を付けてください。

添付書類

この申請書には、次の書類を添えてください。

（1）※１の欄の1に○印を付けた場合は、身体上の障害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又は歯科医師の診断書㉝

（2）※１の欄の2に○印を付けた場合は、次のイからハまでの書類

　イ　申請者の戸籍の謄本又は抄本

　ロ　申請者の子及び孫の戸籍又は除かれた戸籍の謄本又は抄本

　ハ　申請者と同居している者がいないことを明らかにすることができる書類（民生委員の証明書㉞）

（3）その者が爆心地から２キロメートル以内で被爆した事実を認めることができる書類（該当書類がない場合においては、当該事実についての申立書）（申述書（保健手当用）㉜）

(4）短期滞在の外国人である場合は、パスポートの写し