

被爆者健康手帳交付申請書

年 月 日

大阪府知事様

□□□-□□□□

ふりがな
居住地 _____ 本籍地 _____ 道府 都道

ふりがな
氏名 _____

生年月日 大正 _____ 昭和 _____ 年 月 日生 男・女

連絡先
電話番号 _____ 市外局番 _____ 市内局番 _____ 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

②

(裏 面)

A large rectangular box with a solid black border. Inside the box, there are 20 horizontal dashed lines, evenly spaced, creating a grid for writing. The lines extend across the width of the box, leaving a small margin at the top and bottom.

被爆状況証明書

年 月 日																			
大 阪 府 知 事 様																			
証 明 人	現住所						電話	— —											
	(ふりがな) 氏名						大昭	年	月	日生満才									
	被爆者健康手帳番号	1	9				被爆の場所	市	町	入市の場所	8月	日より	日まで	市	町へ入る				
	被爆当時の住所						当時の職務先等												
代筆	氏名						関係												
私は、次の申請人に関する被爆事実について、下記のとおり相違ないことを証明します。																			
申 請 人	現住所					氏名				大昭	年	月	日生						
	被爆の場所	市	町	入市の場所	8月	日より	日まで	町へ入る	目的	のため									
申請人をどんな関係で知っていますか																			
証 明 人 の 被 爆 状 況																			
証 明 で き る 理 由	直接被爆の場合																		
	入市の場合 (申請人が入市したことを、どんな理由から知っていますか。)																		
	救護活動の場合 (いつ、どこでだれと)																		

記入上の注意

1. 証明自身が入力してください。証明人が身体不自由などのために代筆されたときは、代筆者の氏名と証明人の関係を記入してください。
2. 証明人の方には直接府から照会することがありますので御協力ください。

誓 約 書

申請書に記載（申述）した内容は事実と相違ありません。事実と相違したことが判明した場合には、被爆者健康手帳
第一種健康診断受診者証の返還はもちろん、これに伴う
一切の責任をとることを誓約いたします。

大 阪 府 知 事 様

年 月 日

住 所

氏 名

㊟

同 意 書

被爆者健康手帳

私の 第一種健康診断受診者証 の交付申請の審査にあたり、
第二種健康診断受診者証

私の被爆事実を確認するために必要があるときは、貴府が私及び私の親族について、
官公署及び関係機関に照会調査（戸籍謄本、学籍簿など）することに同意します。

大阪府知事様

年 月 日

住 所

氏 名

印

黒い雨関係調査票

〔留意事項〕 黒い雨に遭われた方は、この用紙に記入のうえ、申請書に添付してください。

(1) どこで黒い雨に遭われましたか

_____ 郡 _____ 村 大字 _____ 字 _____ 番地

(自宅 ・ 学校 ・ 路上 ・ 田畑 ・ 山林 ・ その他 (_____))

※ 目標になる建物など (_____)

(2) 黒い雨に遭われた時間はいつ頃ですか

午前 ・ 午後 _____ 時頃

(3) 上記の場所で、何をしていましたか

次ページもご記入ください⇒

- (4) 黒い雨に遭われた時、一緒にいた人がいる場合、その人の氏名、続柄、被爆者健康手帳及び健康診断受診者証の有無等を全員について記入してください。一緒だった人がいない場合は、「なし」と記入してください。

氏名	旧姓	続柄・間柄	生・死	手帳等の有無	備考（手帳番号等）
				有・無・不明	
				有・無・不明	
				有・無・不明	
				有・無・不明	
				有・無・不明	
				有・無・不明	

- (5) 黒い雨に遭われた時、あなたがいた場所のその時の周囲の様子や、黒い雨の降雨状況を記入してください。また、その後の行動を記入してください。

様式第十八号（第五十二条関係）

健康管理手当認定申請書

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		郵便番号										
居 住 地												
公費負担者番号		1	9	2	7	6	0	1	3	連絡先 (電話番号)	自 宅 ()	—
※1 公費負担医療 の受給者番号											携 帯 ()	—
医療特別手当 受給の有無		証書番号			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			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					

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

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）③⑩（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 ヶ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

様式第十九号(一) (第五十二条関係)

診 断 書 (健康管理手当用)

氏 名			明治 大正	年	月	日	男・女	
居 住 地								
※1 障害の種類	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						
※2 上欄の障害を伴う疾病の名称								
上記の疾病が、感染症、寄生虫病、先天異常、中毒等である場合又は労働災害、不慮の事故によるものである場合等、原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである場合はその旨の意見								
※2 の欄の疾病に係る病状が固定化しているかどうかについての意見	1. 固定化している 2. 固定化していない (※2 の欄の疾病により今後医療を必要とする期間は、 年 月間の見込み)							
理学的検査	心 音							
	肺 野							
	腹 部							
	運動器							
※3 現 症	血液検査	(末梢血液)						
		血色素量	g/dl	赤血球数	$\times 10^3/mm^3$	網赤血球	%	
		顆粒球数	/mm ³	病的細胞	%	血小板数	$\times 10^3/mm^3$	
		年 月 日	血清鉄 $\mu g/dl$			血清カルシウム mg/dl		
		(骨髓)						
		有核細胞数	$\times 10^3/mm^3$	巨核球数	/mm ³	リンパ球	%	
	肝機能検査	血清総蛋白	g/dl	AST	IU/l	γ -GTP	IU/l	
		A/G比		ALT	IU/l			
		ビリルビン	ng/dl	LDH	IU/l	ICG (15分値)	%	
	学的検査	ヘモグロビンA1c %						
		尿検査 (年月日)	混濁				蛋白	1 陽性 2 陰性
			糖	1 陽性	2 陰性	ウロビリノーゲン	1 増加 2 正常 3 減少	
		糞便潜血反応検査 (年月日)	(法) 1 陽性 2 陰性					
		腎機能検査 (年月日)	PSP (15分値)	%	濃縮試験最高尿比重			
		基礎代謝測定 (年月日)						
血糖測定 (年月日)		空腹時	mg/dl	糖負荷試験 (g)	負荷前	後60分 後120分		
肺機能検査 (年月日)		肺活量	CC	一秒率	%			
組織病理診断 (年月日) (組織名)								
血圧測定 (年月日)		最大	mm Hg	最小	mm Hg			
その他の検査	X線検査	胸部 (年月日) (肺又は心臓)		腹部 (年月日)		運動器 (年月日)		
								
	心電図 (年月日)		ST変化	T変化	不整脈	その他		
	内視鏡検査 (年月日) (組織名)							
	眼科学的検査	水晶体混濁の有無		1 有 2 無	視力	右 () 左 ()		
		水晶体混濁の性状						
水晶体混濁の発生に 関し特記すべき事項		白内障手術 年 月						
神経機能検査 (年月日)		四肢の麻痺	1 有 2 無	言語障害	1 有 2 無	その他		
その他特記すべき事項								
以上のとおり、診断します。			医療機関の名称					
年 月 日			所在地					
(診断書の有効期間は1ヶ月です)			医師氏名					

※裏面の「記入上の注意」をご参照のうえ記入してください。

記入上の注意

- この診断書は、健康管理手当の受給資格の認定について、厚生労働省令で定める障害（※1の欄の障害）を伴う疾病にかかっているかどうかを証明するものであり、当該疾病が原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである場合は健康管理手当は支給されません。
- 健康管理手当に係る障害は、通例、日常生活において何らかの支障を生ずる程度のものであり、対象疾病は、次に掲げるものです。
- ※3の欄には、※2の欄に記入した疾病の状態を最もよく表している検査結果をくわしく記入してください。

障害の種類	主な疾病の例示	主な非該当疾病例示	診断書記載上、必要な検査項目	最高限度期間 (年)
(1)造血機能障害	(イ) 鉄欠乏性貧血 (ロ) 貧血 (ハ) 再生不良性貧血		1. 血色素量 2. 赤血球数 3. 白血球数 4. 血小板数 5. 血清鉄 6. 白血球分類 7. できれば骨髄像	(イ) 3 (ロ) 5 (ハ) 無
(2)肝臓機能障害	肝硬変	急性肝炎 胆石症 アルコール性肝障害	肝機能検査項目の2つ以上 (同系列でないもの)	無
(3)細胞増殖機能障害	悪性新生物	良性腫瘍 ATL	1. 手術の有無(摘出術の期日) 2. 病理組織診断 3. X線などの画像所見 4. 内視鏡検査所見 5. 理学的検査所見(臨床所見)	無
(4)内分泌腺機能障害	(イ) 甲状腺機能亢進症 (ロ) 糖尿病、甲状腺機能低下症	腎性糖尿病	1. T3、T4 2. 尿検査、血糖値、できれば眼底所見	(イ) 5 (ロ) 無
(5)脳血管障害	くも膜下出血、脳出血、脳梗塞		1. 血圧値 2. 神経機能検査 3. 脳出血、脳発作の期日 4. できれば眼底所見	無
(6)循環器機能障害	高血圧性心疾患、慢性虚血性心疾患	高血圧症・動脈硬化症 メニエル氏病	1. 胸部X線所見(心胸比記入) 2. 血圧値 3. 心電図所見(誘導部位記入) 4. できれば眼底所見	無
(7)腎臓機能障害	ネフローゼ症候群、慢性腎炎、 慢性腎不全、慢性糸球体腎炎		1. 腎機能検査項目の1つ以上 2. 尿検査 3. 尿沈渣	無
(8)水晶体混濁による視機能障害	白内障	緑内障 先天性白内障	1. 眼科学的検査 2. 現症所見	5
(9)呼吸器機能障害	肺気腫、慢性間質性肺炎、肺線維症	急性肺炎・塵肺 肺結核・気管支炎	1. 胸部X線所見 2. 理学的検査所見(臨床所見) 3. 肺機能検査	無
(10)運動器機能障害	変形性関節症、変形性脊椎症 骨粗しょう症(運動機能障害を伴うもの)	椎間板症・椎間板ヘルニア・坐骨神経痛・ 分離じり症・関節リウマチ・重症筋無力症・ 腰痛症	1. 運動器X線所見 2. 理学的検査所見(臨床所見)	無
(11)潰瘍による消化器機能障害	胃潰瘍、十二指腸潰瘍	慢性胃炎	内視鏡検査、又はX線所見	3

備考 健康管理手当受給資格の認定申請を初めて行う場合に必ず使用すること。