

医療特別手当認定申請書

山梨県知事 殿

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 山梨県 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	
			平成 年 月 日	
上記の負傷又は 疾病の状態	別紙診断書のとおり			
特別手当受給の有無	有・無	健康管理手当受給の有無	有・無	
保健手当受給の有無	有・無			
備考				

添付書類

この申請書には、※の欄に記入した負傷又は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 12 条第 1 項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を添えてください。