被　爆　者　健　康　手　帳　交　付　申　請　書

　年　　月　　日　　提出

北海道知事　　鈴木　直道　　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 居住地 | 郵便番号 | | | （ふりがな） |  | | |
| 氏　名 | ㊞ | | |
| 本籍地 |  | 生年月日 | 明治  大正　　年　　月　日  昭和 | | | 男  ・  女 | 電話番号 |

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、被爆者健康手帳の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

１　被爆当時の住所及び家族状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 当時の  住　所 | |  | | | | | 当時の  満年齢 | 歳 | |
| 当時の  本　籍 | |  | | | | | 当時の  職　業 |  | |
| 当　時　の　家　族　状　況 | 氏　　　名 | | 続柄 | 生年月日  （当時の年齢） | 被爆投下時いた場所 | 被爆者健康手帳の有無（参考） | | | 現住所  （死亡の場合死亡年月日） |
|  | | 本人 |  |  | 有（　　　）無 | | |  |
|  | |  |  |  | 有（　　　）無 | | |  |
|  | |  |  |  | 有（　　　）無 | | |  |
|  | |  |  |  | 有（　　　）無 | | |  |
|  | |  |  |  | 有（　　　）無 | | |  |
|  | |  |  |  | 有（　　　）無 | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 備　　　　　　考 |  | 受　　付　　印 | 地域保健課 | 保健所等 |
|  |  |

２　被爆当時の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ 直接被爆者 | 原爆投下時にいた場所 | |
| ２ 入市者 | 入市した日 | 入市した場所 |
| ３ 救護従事者 | 救護活動をした期間 | 救護活動をした場所 |
| ４ 胎　児 | 母親の氏名 | 母親の被爆者健康手帳（取得都道府県(市)及び番号） |

※　該当する欄に記入し、被爆の詳細な状況は様式１の１～３または申請書に記入してください。

（注）１　直接被爆者　原爆投下時に当時の広島市及び長崎市の区域及び政令で定めた隣接の区域で被爆した方

　　　２　入　市　者　直接被爆は受けていないが、原爆投下から２週間以内に政令で定める地域に救護活動、医療活動、親族探し等のために入った方

　　　３　救護従事者　上記１、２以外で救護活動等に従事し、多量の放射線を受けた方

　　　４　胎　　　児　上記１、２、３に該当する被爆者の胎児

３　今まで申請していなかった理由

誓　約　書

申請書に記載した内容に事実と相違ありません。

もし、事実に相違したことが判明した場合は、被爆者健康手帳の返納はもちろん、これに伴う一切の責任をとることを誓約します。

　　　　　　年　　月　　日

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞