# 健康管理手当認定申請書

群馬県知事 山本 一太 あて

							f	介和	年	J.		日提出	
(ふりがな)						明治							
氏 名				印		大正	年		月日		生	男・女	
				1  -		昭和							
居住地	₹			被爆	者健	康							
	電話番号			( )	手帳	の番	: 号						
医療特別手当の受給の有無				有・無	ţ	特別手当の受給			の有無		有・無		
原子爆弾小頭症手当の受給の有無				有・無	1	保健手	<b>呆健手当の受給</b>			有		有・無	
※ 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	1	造血機能障害	7	腎臟	機能障	害					
			2	肝臓機能障害			8	水晶体混濁による視機					
		害						能障害 ————————————————————————————————————					
		名	3	細胞増殖機能障害 内分泌腺機能障害			9	呼吸	吸器機能障害				
			4				10	運動	力器機能障害				
			5	脳血管障害		11	潰瘍障害						
	6		循環器機能障害										
		疾病名											
備	考												

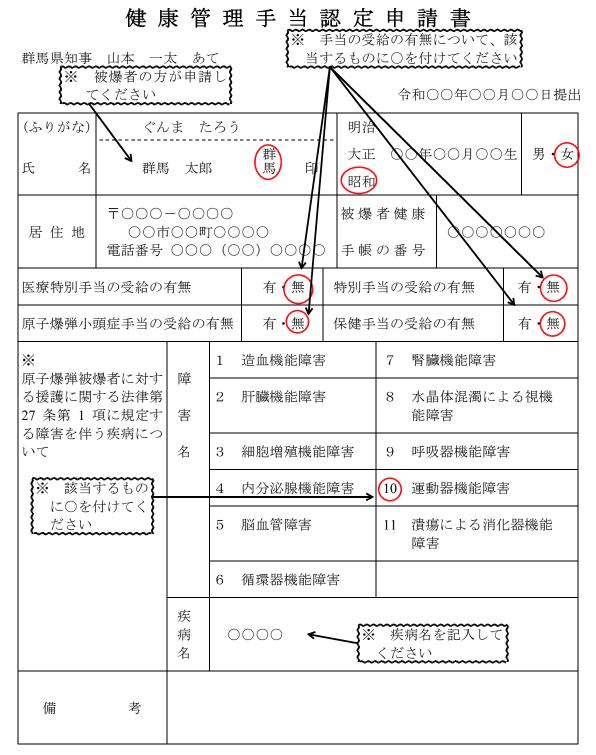
## 記入上の注意

※の欄は該当するものに○印を付けてください。

## 添付書類

この申請書には、※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または診療所の医師の診断書を添えてください。

## 記入例



#### 記入上の注意

※の欄は該当するものに○印を付けてください。

### 添付書類

この申請書には、※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または診療所の医師の診断書を添えてください。