

特別手当認定申請書

宮城県知事

殿

令和 年 月 日提出

(フリガナ) 氏 名		明治 大正 昭和	年 月 日	男 ・ 女
居 住 地	〒 - 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	
			年 月 日	
医療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				

(A列4番)