

# 被爆者健康手帳交付申請書

(※この欄は記入しないこと)

手帳番号		被爆時年齢	歳	交付年月日	
1号	市 町 km	2号	市 町 月 日		
3号	救護・死体処理・他( )	4号	胎児(母親 )		

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。

令和 年 月 日

宮城県知事 殿

ふりがな 氏 名		男 女	明治・大正・昭和 年 月 日生まれ
現住所	〒 電話 ( )		
今まで申請しなかった理由			

提出書類：申請書、該当する被爆申述書、住民票

添付書類：被爆証明書（三親等内の親族を除く第三者2名分）及び参考資料（在職・在学証明書、軍歴証明書等）

○胎内被爆者

母親の氏名	母親の被爆者手帳番号	被爆者手帳発行者	生死の別

提出書類 ①母親が手帳所持者の場合：申請書、戸籍謄本

②母親が " " でない場合：申請書、被爆申述書（母親の被爆状況）  
戸籍謄本、被爆証明書等

○当時の家族の状況（応召中、別居中、疎開中であった人を含めて全員）

氏名	当時の年齢	続柄	当時の住所	原爆投下の時にいた場所	被爆者手帳の有無	現住所
					有・無 番号	
					有・無 番号	
					有・無 番号	
					有・無 番号	
					有・無 番号	

○申請書を代筆した場合

代筆者氏名		住所		続柄	
代筆の理由					

### 誓 約 書

申請書に記載した内容は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いたします。

令和 年 月 日

申請者氏名