

様式第九号（第二十九条関係）

医療特別手当認定申請書

宮城県知事

殿

令和 年 月 日提出

(ふりがな) 氏 名	-----		明治 大正 年 月 日生 昭和	男・女
	(電話 -)		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
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。

(A列4番)