

被爆者健康手帳交付申請書

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るよう関係書類を揃えて申請します。

なお、この申請書に記載した内容は、事実と相違ありません。もし、事実と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。

令和 年 月 日

京 都 府 知 事

ふりがな		大正	年 月 日 生	男・女
氏名		昭和		
現住所	〒	本籍地		都 道 府 県
電話番号	()	<携帯>		

被災当時の家族状況（応召中、疎開中、別居中であった方を含めて全員）

氏名	生年月日 又は当時の年齢	続柄	原爆が落ちたとき いた場所	被爆者健康手帳の受給者番号
				現住所（死亡のときは死亡年月日）
()	年 月 日 歳	本人		
()	年 月 日 歳			
()	年 月 日 歳			
()	年 月 日 歳			
()	年 月 日 歳			
()	年 月 日 歳			
()	年 月 日 歳			
()	年 月 日 歳			
()	年 月 日 歳			
()	年 月 日 歳			

※ () 内は現姓が当時と異なるとき、記入してください。

申請書を代筆した場合

代筆者氏名		申請者との間柄	
住所			
代筆した理由			