被爆者健康手帳交付申請書

平成　　年　　月　　日

宮崎県知事　殿

申請人　本籍地
居住地　郵便番号（　　－　　）
宮崎県
電話番号（　　－　　－　　）

氏　名（ふりがな）　　・

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第２条の規定に基づき、被爆者健康手帳の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、この申請書及び申述書に記載した内容は、事実と相違ありません。もし、事実と相違あることが判明した場合には、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。

被爆当時の家族状況
※　応召中や別居中だった人、既に死亡した人も記載してください。

続柄	性別	氏名（生年月日）	被爆当時の職業勤務先又は学校名	被爆当時の住所	被爆当時の本籍地都道府県	現住所 現在姓（死亡年月日）	被爆者健康手帳	
							有無	手帳番号
本人		（　　）						
		（　　）					有 無	
		（　　）					有 無	
		（　　）					有 無	
		（　　）					有 無	
		（　　）					有 無	
		（　　）					有 無	
		（　　）					有 無	

胎児被爆	母親の氏名	母親の被爆者健康手帳番号及び発行者	被爆当時の母親氏名（現在と異なる場合）

添付書類：被爆申述書、被爆証明書、参考資料（在職・在学証明書、軍歴証明書等）
※　胎児被爆の場合：母親が被爆者健康手帳所持なら戸籍謄本のみ
〃　　〃　　不所持なら母親の被爆に関する申述書、被爆証明書及び戸籍謄本