

____年度____地域慰霊巡拝参加遺族代表者内申書
 (都道府県名)____年 月 日提出

遺 族	(フリガナ)	(性別)	(生年月日)	(年齢)	(戦没者との続柄)									
	(氏名)	男性・女性大・昭・平	年 月 日	歳 ()										
	(住所) (〒 _____) 電話番号 (_____) _____ , 携帯 (_____) _____													
	都 道 府 県													
	(職業)													
	(健康状態) 良好・不良 不良の場合: 疾病・症状等 (_____)													
	(介護保険の申請状況) ※記入時点で65歳以上の方のみご記入ください。 申請していない 要支援1 要支援2 要介護1以上													
	(障害者手帳の有無) 有・無 ※有の場合: 障害の種類 (_____) 等級 (_____ 級) ※ 介護認定の状況や、障害者手帳に記載のある障害の種類・等級によっては参加をご遠慮いただく場合、または介助者が同行することで参加可能になる場合があります。													
	(直近の旅行等長時間の移動) (移動手段) (移動時間) (時期) (_____) から (_____) まで (_____) (_____) 時間 平成・令和 (_____) 年 (_____) 月													
	(旅券の有無) 旅券番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 発行 (_____) 年 (_____) 月 (_____) 日 有 ・ 無 ※無の場合、取得手続きが必要です。 有効期限 (_____) 年 (_____) 月 (_____) 日													
(介助者の必要) 有・無 ※有の場合、理由 (_____)														
(緊急連絡先) (遺族との続柄) (_____) フリガナ (〒 _____) (電話番号) (_____) _____ 氏名 都 道 府 県														
戦 没 者	(フリガナ)	(死亡年月日)												
	(氏名)	昭和 (_____) 年 (_____) 月 (_____) 日												
	(本籍地) 都 道 府 県													
	(身分) 陸軍軍人・陸軍軍属・海軍軍人・海軍軍属・一般邦人 (階級) (_____)													
	(死亡場所) ソ連抑留中死亡者等の場合埋葬地番号を記入してください (_____)													
(部隊名・船舶名等)														
(その他、戦没者に関する情報等あればご記入ください)														
(過去の当該地域における政府主催慰霊巡拝参加経験の有無) ※有の場合、参加した年月をご記入ください (事業名) (有・無) (昭和・平成・令和 年 月)														
(御親族と共に申し込みをされた方に伺います) 応募人数が募集定員を上回った場合、参加内定者を選定する必要があり、その結果、御親族との参加ができない場合もございますが、そのような場合でも、お一人での参加を希望されますか。 (希望する・希望しない)														

この内申書と添付資料は、本慰霊巡拝に係る事務にのみ使用いたします。
 お申し込み後、この内申書と戸籍などの添付資料は返却しませんので、あらかじめご了承ください。

都道府県担当者記入欄: 添付している書類について当てはまるものに○をつけてください

○戦没者との続柄がわかるもの a 戸籍謄本 b その他 (_____)

○戦没地点がわかるもの: c 兵籍簿 d 死没者調査票 e その他 (_____)

○保管資料無し: f 都道府県に兵籍、死没者調査票等を保管していない