

# 健康管理手当認定申請書

(宛先)

埼玉県知事

年 月 日提出

氏名	(ふりがな)					明治 大正 昭和	年 月 日生	男・女
	居住地	郵便番号( )	被爆者健康手帳 の番号				1 9 1 1 6 0 1 1	
		電話番号 ( )						
医療特別手当受給の有無		有・無	特別手当受給の有無		有・無			
原子爆弾小頭症手当受給の有無		有・無	保健手当受給の有無		有・無			
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第27条第1項に規定する障害を伴う疾病について	障害名	1 造血機能障害                      7 腎臓機能障害 2 肝臓機能障害                      8 水晶体混濁による視機能障害 3 細胞増殖機能障害                  9 呼吸器機能障害 4 内分泌腺機能障害                  10 運動器機能障害 5 脳血管障害                          11 潰瘍による消化器機能障害 6 循環器機能障害 (該当するものに○を付けてください。)						
	疾病名							
備考								

添付書類 診断書(健康管理手当用)  
 手当証書(継続申請の場合のみ)  
 振込口座がわかる通帳又はキャッシュカードの写し  
 (新規又は口座を変更する場合、県外から転入する場合のみ)  
 住所地を管轄する保健所に提出してください。

下記の口座に振り替えてください。

銀行 信用金庫 農協	支店	普通	口座番号	
		当座	口座名義 (カタカナ)	

(申請者氏名と口座名義人の氏名が一致しませんと振り込めませんので注意してください。)