

## 健康管理手当認定申請書

佐賀県知事 様

年 月 日提出

(ふりがな) 氏名		明治 大正 昭和		年 月 日生	男・女
居住地	〒		被爆者健康 手帳の番号		
医療特別手当受 給の有無	有 無	特別手当受給の有無	有 無	電話	( )局
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	番号	( )
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		
	疾 病 名	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			
<input type="checkbox"/> 次の金融機関に入金することを希望する。					
		金融機関・店舗名	口座番号		
		-			
(注意)                    口座振替は申請人名義に限ります。					
(備考)					

**記入上の注意**

の欄は該当するものに 印を付けてください。

**添付書類**

この申請書には、 の欄に記入した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19条の規程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。