別添36

様式第十八号（第五十二条関係）

健 康 管 理 手 当 認 定 申 請 書

愛 知 県 知 事 殿

　　年　　月　　日提出

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏 　 名 |  | 明治大正　　　　年　　　月　　　日生昭和 | 男・女 |
| 印 |
| 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 |
| 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 |
| ※1　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２　肝臓機能障害３　細胞増殖機能障害４　内分泌機能障害５　脳血管障害６　循環器機能障害 | ７　腎臓機能障害８　水晶体混濁による視機能障害９　呼吸器機能障害１０　運動器機能障害１１　潰瘍による消化器機能障害 |
| 疾病名 |  |
| 備考 | 自宅電話番号 | 　　　　　（　　　　　　　） |
|  |

※2　口座振替

銀行　　　　　店

当・普　第　　　　　　　　　　　号

記入上の注意

※１の欄は該当するものに○印を付けてください。

※２は、初めて申請される方及び県外からの転入者のみ記入してください。

添付書類

この書類には、※１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条の規定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。