別添40

様式第二十四号（第五十八条関係）

保 健 手 当 額 改 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 |  |
| ※1　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第28条第3項の各号のいずれかに該当する理由 | １　身体上の障害がある者 |
| ２　配偶者、子及び孫のいずれもいない70歳以上の者であって、その者と同居している者がいない者 |
| 備考 | 自宅電話番号 | 　　　　　（　　　　　　　） |
|  |

添付書類

この書類には、次の書類を添えてください。

１　※１の欄の１に○印を付けた場合は、身体上の障害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又は歯科医師の診断書

２　※１の欄の２に○印をつけた場合は、次のイからハまでの書類

イ　申請者の戸籍の謄本又は抄本

ロ　申請者の子及び孫の戸籍又は除かれた戸籍の謄本又は抄本

ハ　申請者と同居している者がいないことを明らかにすることができる書類

３　保健手当証書