別添35

様式第十三号（第四十四条関係）

特 別 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 |  |
| 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第11条第1項の認定に係る負傷又は疾病の名称、認定番号及び認定年月日 | 負傷又は疾病の名称 | 認定番号 | 認定年月日 |
|  |  | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 医療特別手当受給の有無 | 有・無 | 健康管理手当受給の有無 | 有・無 |
| 保健手当受給の有無 | 有・無 |  |  |
| 備考 |

* 口座振替
* 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。

銀行　　　　　店

当・普　第　　　　　　　　　　　号