

健康管理手当認定申請書 **記入例**

(宛先)

埼玉県知事

西暦でも構いません。

令和 6 年 7 月 7 日提出

(ふりがな)	さいたまたろう		明治	12年 3月 21日生		男・女					
氏名	埼玉太郎		大正			<input checked="" type="radio"/>					
			昭和			<input type="radio"/>					
居住地	郵便番号(330 - 9301)		被爆者健康手帳 の番号	1	9	1	1	6	0	1	1
	さいたま市浦和区高砂3-15-1			0	0	1	2	3	4	5	/
	電話番号 048 (830)3583										
医療特別手当受給の有無	有	<input checked="" type="radio"/>	特別手当受給の有無	有	<input checked="" type="radio"/>						
原子爆弾小頭症手当受給の有無	有	<input checked="" type="radio"/>	保健手当受給の有無	有	<input checked="" type="radio"/>						
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	複数該当する場合は該当すべてに○をお願いします。 ただし、診断書において医師が○を付けた障害名に限ります。									
備考	〇〇がん、△△性□□症などの疾病名を記入してください。 ただし、診断書に記載の疾病名に限ります。										

添付書類 診断書(健康管理手当用)
手当証書(継続の方のみ)
振込口座がわかる通帳又はキャッシュカード
(新規又は口座を変更する場合、居住地を管轄する保健所に提出してください)

①新規申請、②継続申請で現在の振込口座に変更がある場合、③県外からの転入者の場合には、下欄に記入の上、通帳またはキャッシュカードのコピーを添付してください。

下記の口座に振り替えてください。

浦和信用金庫 農協	銀行	県庁支店	普通当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
				口座名義(カタカナ)	サイタマタロウ						

(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。)