

[記 入 例]

認 定 申 請 書

氏 名	平和 太郎	性 別	男 ・ 女	生年月日	明治 大正 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 昭和
居 住 地	〒 730 - 8511 広島市中区基町10-52	電話番号	082 (513) 3115		
被爆者健康手帳 の 番 号	012345-6				
負傷又は疾病の 名 称	※※癌				
被 爆 時 の 状 況 (入 市 の 状 況 を 含 む 。) (※1)	1 被爆場所及びその状況 〇〇町〇〇番地 勤務先である〇〇事務所において 被爆距離 〇. 〇km 〇〇のため外傷を負い、〇〇において〇日間治療 2 被爆直後から約1週間の行動 上記場所で被爆後、〇〇町の自宅に帰る。翌日より、〇〇のため、 7日〇〇町付近、8日〇〇町付近、以後〇日くらい市内を徘徊する。				
被爆直後の症状 及 び その 後 の 健康状態の概要 (※2)	1 被爆後半年間症状の有無(有の場合その状況) 〇〇の症状が〇〇の間続いた。 2 被爆後、身体の悪いところの状況 昭和〇〇年 〇〇のため、〇〇病院で、〇〇の間、〇〇の治療 平成〇年〇月 〇〇のため、〇〇病院で、〇〇の間、〇〇の治療				
医療の給付を受けようとする 指 定 医 療 機 関	名 称 及 び 所 在 地	(例) 広島市中区千田町一丁目9-6 広島赤十字・原爆病院			
	訪問看護ステーション 等の名称及び所在地				

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第11条第1項の規定により、認定を受けたく、関係書類を添えて申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申 請 者

平和 太郎

申請者は被爆者本人です

厚生労働大臣 様

(※1) 被爆をした地点及びその周囲の状況について記載してください。

被爆後の入市がある場合には、入市日、入市の時刻、入市経路及びその後の行動、滞在時間等を記載してください。

(※2) 被爆直後の症状や被爆時以降現在までの健康状態の変化等について記載してください。

医療を受けていたり様々な調査を受けていたことにより、客観的な資料がある場合には、併せて添付してください。

備考 分量が多い場合には別紙で記載しても差し支えないこと。

訪問看護ステーション等の名称及び所在地については、医療の給付を受けようとする指定医療機関が指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者(訪問看護)であるときのみ記入すること。