

医療特別手当認定申請書 (兼口座振替依頼書)

広島県知事様 令和 年 月 日提出

(ふりがな)			明治			男・女		
氏名			大正	年	月		日生	
居住地					被爆者健康手帳番号			
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		電話番号		() () ()		
※1 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		
				第 号		令和 年 月 日		
上記の負傷又は疾病の 状態	1 別紙診断書のとおり			2 厚生労働大臣に対し認定申請中				
原爆手当について過払金があるときは、医療特別手当から差し引いて支給されても結構です。								
備考								

※2 次の金融機関の普通預金口座に入金して下さい。

金融機関名	店舗名	金融機関コード	店舗コード	預金種目	口座番号
				1 普通	

添付書類
この申請書には、※1の欄に記入した負傷又は疾病の名称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12条第1項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。
ただし、同法第11条第1項の規定による厚生労働大臣の認定申請を同時に行う場合には、診断書の添付は省略することができます。

記入上の注意
※2の欄は、口座振替払を希望する金融機関名・店舗名及び口座番号を記入してください。
ただし、あなたが原爆被爆者手当を受給するために、すでに受取口座を届け出ている場合は、記入する必要はありません。
なお、口座振替払のできる金融機関は次のとおりです。

口座振替払のできる金融機関
漁業協同組合を除く金融機関