

被爆者健康手帳交付申請書

本籍地

郵便番号

居住地

氏名

電話番号

大正
昭和

年

月

日生

熊本県知事

様

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第2条の規定により、被爆者健康手帳を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

注1. この申請書には次の書類を添付してください。

- (1) 当時の罹災証明書その他公の機関が発行した証明書
- (2) (1)がない場合は、当時の書簡、写真等の記録書類
- (3) (1),(2)ともない場合は市町村長等の証明書
- (4) (1),(2),(3)ともない場合は原子爆弾被爆状況申立書（別紙）
- (5) (4)について3親等内以外の者の証明が得られない場合は、その得られない理由の申立書及び誓約書

2. この申請書は居住地を管轄する保健所（居住地が熊本市の場合は、県庁健康づくり推進課）に提出してください。

未申請理由調査

該当欄に○印、または記入してください。

1. 健康保険に加入していたため
2. 証人がはっきりしなかったため
3. 健康であったため

この欄に○をした人は、このたび申請した理由を次により○印、または記入してください。)

- (1) 病気となり必要となったため
- (2) 将来の病気のことを考えたため
- (3) その他 ((1)、(2)以外の場合は、この欄に理由を書いてください。)

4. 原爆被爆者であることを知られなくなかったため

(この欄に○をした人は、このたび申請した理由を次により○印、または記入してください。)

- (1) 自分が結婚したため
- (2) 子どもが結婚したため
- (3) 病気になり必要となったため
- (4) ((1)、(2)、(3)以外の場合は、この欄に理由を書いてください。)

5. 被爆者健康手帳を交付されることを知らなかったため

(この欄に○をした人は、このたび申請した理由を書いてください。)

6. その他 (上記1. から5. まで該当項目がない場合は、この欄に申請しなかった理由を書いてください。)

申請の際は必ず読んでください。

1. 申請書は申請人の自筆で、よく読んで「質問」に答えてください。
2. 申請の際は、本人が各保健所に出かけてよく説明してください。
3. 当時の罹災証明書その他、公の機関発行の証明書、日記、手紙、写真等があればお持ちください。
3. 代筆者は申請人の近親者にしてください。
5. 申請者が当時胎児であった場合。
 - (1) その母親が行動を書き、胎児であったことを証明する戸籍抄本を提出してください。
 - (2) 母親が手帳をもっている場合、又は同時に申請する場合は証明書はいりません。

被爆証明書

熊本県知事 様 年 月 日

証 明 人	現住所 (電話番号)	TEL ()		
	氏名 (生年月日)	明治 大正 昭和	年 月 日生	
	被爆の場所		被爆者健康手帳 の番号	
	被爆直後の 行 動		当時の年齢	当時 歳
	当時の住所		当時の職業と 勤 務 先	

申請者氏名		被爆地 長崎市 広島市	町	原爆投下後の行動 昭和 20 年 8 月 日 町に入る
-------	--	-------------------	---	-----------------------------------

あなたは被爆当時、どんな関係で申請者を知っていましたか。

①	あなたの状況 (いつ、どこで、だれと、どのようにしていたとき)
原申 子請 爆人 と 弾が を が市証 落内明 ちです た被 と爆場 きし合	原爆が落ちた瞬間、申請者が市内で被爆したことについて証明することのできる証明
②	あなたは原爆が落ちてから、いつ、どこで、何のために行き、そして申請者と会いましたか。また、会ったときの状況を詳しく述べてください。
原請入 子人っ 爆がこ 弾爆と が心を 落地証 ち方明 た面す あにる と立場 申し合	

被爆証明書を添付することが出来ない理由書

熊本県知事 様

住 所 _____

氏 名 _____

下記の理由によりほかに証明書を添付することが出来ません。
理由（詳しく書いてください）

理由の記入欄（複数行あり）

年 月 日

代筆者住所

氏名

続柄

代筆の理由

代筆理由の記入欄

誓 約 書

被爆者健康手帳の交付申請にあたり交付申請書に記載した内容は事実に相違ございません。

もし、事実に相違したことが判明した場合は、被爆者健康手帳の返納は勿論これに伴う一切の責任をとることを誓約いたします。

年 月 日

住 所

氏 名

熊本県知事 様