

様式第 1 号

原子爆弾被爆者受診費支給申請書

年 月 日

(あて先)
一宮市長

住 所

氏 名

生年月日 大・昭 年 月 日

(電話 ー)

次のとおり受診したいので申請します。

記

- 1 受診予定年月日 年 月 日
- 2 受診予定医療機関 1 長崎原爆病院 2 福島生協病院 (広島)
3 原爆被爆者健康管理センター (長崎)
- 3 最近の症状

※確認 (記入しないでください)

健康診断受診記録

受診年月日	医療機関名	受診年月日	医療機関名
・ ・		・ ・	
・ ・		・ ・	
・ ・		・ ・	

手当受給状況

- 1 特別手当 2 健康管理手当 3 保健手当
4 医療手当 5 介護手当 6 家族介護手当