

様式第十五号（第四十八条関係）

原子爆弾小頭症手当認定申請書

県知事

殿

年 月 日提出

氏名	(ふりがな)		昭和 年 月 日生		男・女
	Ⓞ				
居住地			被爆者健康手帳の番号		
※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項の認定の有無	有・無	※2 左の欄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
					平成 年 月 日
健康管理手当の受給の有無	有・無	保健手当受給の有無	有・無		
小頭症の病状	別紙診断書のとおり				
備考					

記入上の注意

※2の欄は、※1の欄の有に○印を付けた場合に記入してください。

添付書類

この申請書には、小頭症の病状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※2の欄に記入した負傷又は疾病の名称が小頭症又は近距離早期胎内被爆症候群である場合は、診断書を添える必要はありません。