様式第九号（第二十九条関係）

医療特別手当認定申請書

福岡県知事　殿　　　　　　　　　　　　 　　　年　　　月　　　日提出

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　　　名 |  | 明治大正　　　　年　　　月　　　日昭和 | 男・女 |
|  |
| 居　住　地 |  | 被爆者健康手帳の番号 |  |  |  |  |  |  | － |  |
| ※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 |
|  |  | 　　　　　　年　 月　 日 |
| 上記の負傷又は疾病の状態 | 別紙診断書のとおり |
| 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 |  |  |
| 備考 |
| 口座振替願私が申請した医療特別手当は、認定された場合、下記の私名義の預金口座に振込んでください。 | 金融機関確認印（保健所） | 保健所受付印 |
|  |  |
| 金融機関名 | 　　　　　　　　 銀行・農協・信用金庫　　　　　　　　 　信用組合・労金・ゆうちょ銀行 |
| 支店・支所 |  | 口座番号 |  |
| 口座名義 | ﾌﾘｶﾞﾅ氏名 |

※金融機関又は保健所で口座の確認を受けてください。

添付資料

　この申請書には、※の欄に記入した負傷又は疾病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または診療所の医師の診断書を添えてください。