様式第五号(第十二条関係)

認　定　申　請　書

氏　　名		性　別		生年月日	
居　住　地	郵便番号　　電話番号　　(　　)				
被爆者健康手帳の番号					
負傷又は疾病の名称					
被爆時の状況 (入市の状況を含む。) (※1)					
被爆直後の症状及びその後の健康状態の概要 (※2)					
医療の給付を受けようとする指定医療機関	名称及び所在地				
	訪問看護ステーション等の名称及び所在地				

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第11条第1項の規定により、認定を受けたく、関係書類を添えて申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者　氏　　名

厚生労働大臣　殿

(※1)　被爆をした地点及びその周囲の状況について記載してください。
被爆後の入市がある場合には、入市日、入市の時刻、入市経路及びその後の行動、滞在時間等を記載してください。
なお、被爆者健康手帳の記載を参考に記載し、その写しを添付してください。

(※2)　被爆直後の症状や被爆時以降現在までの健康状態の変化等について記載してください。
医療を受けていたり様々な調査を受けていたことにより、客観的な資料がある場合には、併せて添付してください。

備考　分量が多い場合には別紙で記載しても差し支えないこと。
訪問看護ステーション等の名称及び所在地については、医療の給付を受けようとする指定医療機関が指定訪問看護事業者又は指定居宅サービス事業者(訪問看護)であるときのみ記入すること。