

被爆者健康手帳交付申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

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。

注 ※の欄は書かないでください。

※	被爆者健康手帳番号	法1条—							
---	-----------	------	--	--	--	--	--	--	--

(ふりがな) 氏 名		明治 大正 昭和	年	月	日生	原爆投下時 の年齢 満 才	男・女
現在の 職 業		勤務先					
現住所 (居住地)	郵便番号	電話 ()					
本 籍 (都道府県名)							

- 注 1. 申請者は、記憶の範囲内において具体的に記述し、記載もれないようにしてください。
 なお、記載が不十分の場合は、申請書が返戻されることがあります。
2. 申請者が当時胎児であった場合は、
- (1) その母親の行動を書き申請者の戸籍抄本を提出してください。
 - (2) 母親がすでに被爆者健康手帳を持っている場合又は同時に申請する場合は被爆証明書はいりません。
3. 住民票を添付してください。外国人の場合は、外国人登録証明を添付してください。
4. 原爆が落ちたとき幼児で当時のことを覚えてない時は必ず親権者等に聞か代筆してもらって記入してください。
5. 申請書は、申請者本人が書くことが望ましいが、やむをえない事情で第三者が代筆した場合は、代筆者の氏名と代筆の理由を次の欄に書いて下さい。

保健所受付印

代筆者住所 氏名 申請者との
統 柄

代筆理由

1 被爆当時の状況 (該当する欄に書いてください。)

(1) 直接被爆者 (法第1条第1号)	8月6日 午前8時15分 にいた場所 8月9日 午前11時2分 市 町 丁目 番地																		
(2) 直後入市者 (法第1条第2号) 原爆投下後2週間以内に爆心地方面に立ち入ったもの	立ち入った時 8月 日から 8月 日まで 日間	立ち入った場所 (爆心地が一番近い場所) 町	立ち入った目的・理由																
(3) 救護従事者 (法第1条第3号)	救護に従事した期間 8月 日から 8月 日まで 日間	救護所の名称・場所 死体処理した場所																	
(4) 胎児 (法第1条第4号) 原爆投下時上記(1)~(3)に該当するものの胎児であったもの	生みの母親の氏名 母親の生・死 死亡年月日 (. . .) 母親の被爆者健康手帳番号	当時胎児であった場合は以後の各欄もその母親の被爆状況を書いてください。																	
当時の住所又は疎開先 県 市 町 村 番地 (方)																			
被爆当時の職業 勤務先又は学校名等																			
軍関係 軍隊・軍属・学徒動員・挺身隊 防空監視・徴用工員・消防団・医学生 その勤務場所																			
屋内で被爆	屋外で被爆	被爆して6か月の間にあった症状及びその期間																	
1 木造家屋内 2 鉄板屋根の上場内 3 コンクリート内 4 防空壕内	1 ものかげがあった。 2 ものかげはなかった。	<table border="0"> <tr> <td>1 やけど熱傷</td> <td>月 日~ 月 日</td> <td>5 毛が抜けた脱毛</td> <td>月 日~ 月 日</td> </tr> <tr> <td>2 けが外傷</td> <td>月 日~ 月 日</td> <td>6 血が少くない貧血</td> <td>月 日~ 月 日</td> </tr> <tr> <td>3 はっねっ発熱</td> <td>月 日~ 月 日</td> <td>7 げり下痢</td> <td>月 日~ 月 日</td> </tr> <tr> <td>4 困ぐきから血が出たひふにはんてんが出た</td> <td>月 日~ 月 日</td> <td>8 何もなかった。</td> <td></td> </tr> </table>		1 やけど熱傷	月 日~ 月 日	5 毛が抜けた脱毛	月 日~ 月 日	2 けが外傷	月 日~ 月 日	6 血が少くない貧血	月 日~ 月 日	3 はっねっ発熱	月 日~ 月 日	7 げり下痢	月 日~ 月 日	4 困ぐきから血が出たひふにはんてんが出た	月 日~ 月 日	8 何もなかった。	
1 やけど熱傷	月 日~ 月 日	5 毛が抜けた脱毛	月 日~ 月 日																
2 けが外傷	月 日~ 月 日	6 血が少くない貧血	月 日~ 月 日																
3 はっねっ発熱	月 日~ 月 日	7 げり下痢	月 日~ 月 日																
4 困ぐきから血が出たひふにはんてんが出た	月 日~ 月 日	8 何もなかった。																	
現在病院にかかっている場合 病名 病院名		現在病院にかかっていない場合 1 健康 2 病気(病状)																	

2 被爆した時の状況

(1) 共通 この欄は申請者全員書いてください。

① 原爆が落ちた時、だれと一緒に、どこにいて、何をしていましたか。(氏名、続柄、その人の被爆者健康手帳の番号)

② 原爆が落ちた後のその日(直後入市者は入市するまで又は救護従事者は救護に従事するまで)の行動を書いてください。

(2) 直接被爆者 この欄は直接被爆者のみ書いてください。

① 原爆が落ちた時の周囲のありさまをくわしく書いてください。

被爆した場所の略図
(必ず書いてください)

(3) 直後入市者又は救護従事者

この欄は直後入市者又は救護従事者のみ書いてください。

① 原爆が落ちた後、爆心地方面に立ち入らねばならなかった又は救護に従事した理由をくわしく書いてください。

② だれに行きましたか。(日ごとに、氏名、続柄、その人の当時の年齢及び被爆者健康手帳の番号)

③ 原爆が落ちた後「何日の日に」「どこを通過して」「どこまで」「何で」(徒歩、馬車、自転車など)行きましたか。

④ 行く途中及び行った先のありさま又は救護所で強く印象に残っていることをくわしく書いてください。

被爆状況証明書（本申請に添付しているものに○印をつけること）

- 1 罹災証明・公的機関の証明
- 2 書簡写真等の記録書類
- 3 市町村長等の証明書
- 4 第三者（三親等内の親族を除く）2人以上の証明
- 5 本人以外の者の証明書

前期の証明書類が得られない場合はその理由

手帳交付を現在まで受けていない理由

誓 約 書

私は申請書のとおり原子爆弾被爆者であり申請書に記載してあることは事実であることを誓約いたします。

年 月 日

申請者氏名

印



（申請者が被爆当時15才未満の者は記載事項に相違ない旨の証明）

親権者氏名

（申請者との続柄）

印



○ 被爆者の区分

- 1 直接被爆者 原子爆弾が投下されたとき、当時の広島市内か長崎市内及び、隣接町村（爆心地からおおむね4km）で直接被爆した者
- 2 直後入市者 直接被爆は受けていないが、原子爆弾投下後広島市内の場合は、8月20日まで、長崎市内の場合は8月23日まで爆心地から2km以内の地域に入った者
- 3 救護従事者 上記1、2以外で、死体処理、救護活動に従事多量の放射能を受けた者
- 4 胎 児 上記1～3までに該当するものの胎児（昭和21年5月末日までに生まれた者）

○ 被爆状況証明書

被爆した事実を確認できる証明書を次の要領により記入し、または提出してください。

- 1 あなたが被爆した状況を知っている友人、知人など2人以上の証明書を添付してください。なお、当時の罹災証明書、公的機関の証明書、書簡、写真等の記録書類があれば呈示してください。
- 2 上記の証明が得られない場合は、その理由書および本人において当時の状況をくわしく記載した申述書を提出してください。

申 述 書

年 月 日

福 岡 県 知 事 殿

居 住 地

氏 名

印

生年月日

明治
大正
昭和

年

月

日

私は被爆者健康手帳の交付申請にあたり、下記のとおり事実を申し述べます。
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もち
ろん、これに伴う一切の責任をとることを誓約いたします。

記

申述事項（原爆が落ちる直前の様子や、被爆にいたったいきさつ、被爆後の
行動、あるいは入市したときの様子などを下記の欄に詳しく記入してくださ
い。）

証 明 書

福岡県知事 殿

年 月 日

証 明 人	現住所		電話 ()		
	氏名		Ⓜ 明・大・昭 生当時 歳		
	原爆手帳の番号又は 受診者証の番号		原爆が落ちた 時いた場所	被爆直後 の行動	昭20年8月 日 日間 町に入る
	原爆投下当時 の住所			当時の職業 と勤務先	

私は、申請者の当時の状況について、次のとおり証明いたします。
なお、証明内容については、事実と相違ないことを誓約いたします。

申請者氏名		原爆が落ちた 時いた場所	
-------	--	-----------------	--

あなたは当時どんな関係で申請者を知っていましたか

原爆が落ちた時のあなたの状況 (いつ、どこで、だれと、どのようにしていた)

原爆が落ちた時の申請者の行動を証明できる理由

代筆者住所 _____ 氏名 _____ 証明人と
の
統 一 柄

代筆理由 _____

- (注意)
- 1 証明人は、三親等以外の2人必要です。
 - 2 この証明書は、証明人が書いて下さい。
 - 3 代筆の場合は、代筆欄に記入して下さい。