様式第十八号（第五十二条関係）

新規　転入

継続　移行

健康管理手当認定申請書

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 |  |  |  |  |  |  | － |  |
| 手当受給の有無　　　　　　　　　　　　　　手当　　　　　　　有　　　　無 |
| ※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 |  | １　造血機能障害　　　　　　７　腎機能障害２　肝臓機能障害　　　　　　８　水晶体混濁による視機能障害３　細胞増殖機能障害　　　　９　呼吸器機能障害４　内分泌腺機能障害　　　　１０　運動器機能障害５　脳血管障害　　　　　　　１１　潰瘍による消化器機能障害６　循環器機能障害 |
| 疾病名 |  |
| 備考 |
| 口座振替願私が申請した健康管理手当は、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。