

医療特別手当認定申請書

神奈川県知事 殿

令和 年 月 日提出

(ふりがな)			明治 大正 年 月 日生 昭和	男・女
氏 名				
居 住 地	郵便番号	公 費 負 担 者 号	1 9 1 4 6 0 1 - 8	
	電話番号 ()	公 費 負 担 医 療 の 受 給 者 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	
			令和 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	希 振	銀行		支店
	望 込	口座番号		
	す 先	名 義 人	本人名義	
必ず本人名義の口座にしてください。				

添付書類

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又は診療所の医師の診断書を添えてください。