

被爆者健康手帳交付申請書

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るよう関係書類を添えて申請します。

なお、申請書に記載した内容は事実と相違ありません。

もし、事実と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。

令和 年 月 日

京 都 府 知 事

居住地 郵便番号 (方)	フリガナ 氏 名	
電話 () -		
現在の本籍	明治 大正 昭和 (満 歳)	勤務先(連絡先) 電話 () -
今まで申請をしなかった理由及び今回申請する理由		

添付書類：被爆証明書及び参考資料（在職・在学証明書、軍歴証明書など）
注）各ページの該当欄に記載できない場合は、7頁のその他欄に書いてください。

※以下の欄は記入しないでください。

受付印	法区分 第 号	被爆者健康手帳番号	係	係長	課長
	1 町 丁目 Km	資格取得年月日	交付台帳	異動票	
	2 8月 日 町 丁目				
	3 救護・死体処理・海上	交付年月日			
原爆被害対策部収受印	4 胎児（母親 第 号）				
	審査判定				
受付番号					

1 被爆当時の状況

〔当時、幼少で詳しいことがわからない人は、よくわかる人に聞いて、また、胎内被爆者の人は、あなたを産んだ母親のことを書いてください。〕

(1) 当時の住所又は疎開先

都 道 市 町 丁目 大字 番地
府 県 郡 村

(2) 当時の本籍

都 道 市 町 丁目 大字 番地
府 県 郡 村

(3) 当時の世帯主（戸主）の氏名とあなたとの続柄

世帯主（戸主） 続 柄

(4) 当時の満年齢

満 歳

(5) 当時の勤務先、所属部隊、学校名（疎開先を含む。）及び学年等

(6) 当時の家族状況（続柄は申請者からみたものを書いてください。）

あなたを含めて、応召中、別居中、疎開中であった人全員（現在死亡している人も含む。）

続柄	性 別	当 時 の 氏 名 生 年 月 日	当時の職業 （ 勤 務 先 ） 又 は 学 校	当時の住所	原子爆弾が落ちた 時にいた場所 （旧市町村名）	被爆者健康 手帳等の有無 とその番号	現住所、現在姓 （死亡の時はその年月日）
本人		明・大・昭 年 月 日					
	男	明・大・昭 年 月 日				有・無・不明 ()	
	女	明・大・昭 年 月 日				有・無・不明 ()	
	男	明・大・昭 年 月 日				有・無・不明 ()	
	女	明・大・昭 年 月 日				有・無・不明 ()	
	男	明・大・昭 年 月 日				有・無・不明 ()	
	女	明・大・昭 年 月 日				有・無・不明 ()	
	男	明・大・昭 年 月 日				有・無・不明 ()	
	女	明・大・昭 年 月 日				有・無・不明 ()	
	男	明・大・昭 年 月 日				有・無・不明 ()	
	女	明・大・昭 年 月 日				有・無・不明 ()	

(7) 6 か月以内にあらわれた症状の有無

（該当する番号を○で囲んでください。）

- 1 やけど 2 けが 3 下痢 4 歯ぐきからの出血、皮膚に斑点が出た
5 発熱 6 脱毛 7 貧血 8 何もなかった

2 被爆の状況

(1) 直接被爆者又は海上被爆者の場合

(胎内被爆者で、あなたを産んだ母親が直接被爆者又は海上被爆者の場合は、その母親のことを書いてください。)

ア 原子爆弾が落ちた時(原子爆弾が爆発した瞬間)、どこにいましたか。
(当時の町村名で書いてください。)

町 村 丁目 大字 番地 目標物()

イ 上記の場所で何をしていましたか。

ウ 原子爆弾が落ちた時、一緒にいた人がいる場合、その人の氏名、続柄(間柄)、生死の別、被爆者健康手帳の有無等を全員について書いてください。
一緒にいた人がいない場合は、「なし」と書いてください。

氏 名	旧 姓	続柄(間柄)	生・死	手帳等の有無	備 考(手帳番号等)
				有・無・不明	
				有・無・不明	
				有・無・不明	
				有・無・不明	
				有・無・不明	
				有・無・不明	

エ 原子爆弾が落ちた時、屋外にいましたか。それとも屋内でしたか。それはどのような場所、建物でしたか。
(該当する番号を○で囲んでください。)

1 屋 内 (1)木 造 (2)コンクリート造 (3)石造 (4)その他 ()
2 屋 外 (1)物陰あり (2)物陰なし (3)その他 ()

オ 原子爆弾が落ちた時の状況はどうでしたか。 (やけど、けが、建物などについて)

カ 原爆が落ちた後、どうしましたか。その日の行動を順を追って書いてください。

キ 原子爆弾が落ちた翌日からどうしましたか。8月20日まで(長崎被爆については8月23日まで)の行動を順を追って書いてください。

(2) 入市被爆者の場合

(胎内被爆者で、あなたを産んだ母親が入市被爆者の場合は、その母親のことを書いてください。)

◎ 初めての入市について

ア 原子爆弾が落ちた時どこにいましたか。

(当時の市町村名で書いてください。)

都 道	市	町	丁目	大字	番地
府 県	郡	村			

イ 初めて入市した(爆心地から概ね2 km以内の区域に立ち入った)のはいつですか。

8月	日	午前	時ごろ
		午後	

上記の日時を覚えている理由

ウ その時の入市先(目的地)はどこでしたか。(旧町名、丁目、場所名など)

エ 何のために入市したのですか。(目的者の氏名、続柄、入らなければならなかった事情など)

オ 結果はどうでしたか。(経過もあわせて書いてください。)

カ その時、どのような道順で入市先(目的地)にたどり着きましたか。(出発地から目的地までの経路について旧町名、目標物、交通手段を順に書いてください。)

例：○○村 歩 → ○○駅 汽車 → ○○駅 歩 → ○○橋 歩 → ○○町 (○○宅)

キ 入市した時の街の様子で印象に残っていることは何ですか。(建物、道路、人の様子など)

- ク 初めて入市した時、一緒に入市した人がある場合、その人の氏名、続柄(間柄)、生死の別、被爆者健康手帳の有無等を全員について書いてください。
一緒に入市した人がいない場合は、「なし」と書いてください。

氏 名	旧 姓	続柄(間柄)	生・死	手帳等の有無	備 考(手帳番号等)
				有・無・不明	
				有・無・不明	
				有・無・不明	
				有・無・不明	
				有・無・不明	

- ケ 初めて入市した時、目的地及び途中で会った人がある場合、その人の氏名、続柄(間柄)、生死の別、被爆者健康手帳の有無、会った場所等を全員について書いてください。
目的地及び途中で会った人がいない場合は、「なし」と書いてください。

氏 名	旧 姓	続柄(間柄)	生・死	手帳等の有無	備考(手帳番号等)	会った場所(町名)
				有・無・不明		
				有・無・不明		
				有・無・不明		
				有・無・不明		
				有・無・不明		

◎ 初めて入市した日以外で、8月20日まで(長崎被爆については8月23日まで)の間の入市について

- ア 初めて入市した日以外にも入市しましたか。入市した場合、すべての日付を書いてください。

1 入市していない。 2 入市した(日付：8月 日, 日, 日)。

- イ 入市したと回答した場合、入市先、道順、入市目的を書いてください。(2日以上入っている場合は、最初の日について書いてください。)

- ウ その時、一緒に入市した人がある場合、その人の氏名、続柄(間柄)、生死の別、被爆者健康手帳の有無等について書いてください。
一緒に入市した人がいない場合は、「なし」と書いてください。

氏 名	旧 姓	続柄(間柄)	生・死	手帳等の有無	備 考(手帳番号等)
				有・無・不明	
				有・無・不明	
				有・無・不明	
				有・無・不明	
				有・無・不明	

- エ その時、目的地及び途中で会った人がある場合、その人の氏名、続柄(間柄)、生死の別、被爆者健康手帳の有無、会った場所等について書いてください。
目的地及び途中で会った人がいない場合は、「なし」と書いてください。

氏 名	旧 姓	続柄(間柄)	生・死	手帳等の有無	備考(手帳番号等)	会った場所(町名)
				有・無・不明		
				有・無・不明		
				有・無・不明		
				有・無・不明		
				有・無・不明		

(3) 救護、死体処理等従事者の場合

(胎内被爆者で、あなたを産んだ母親が、救護、死体処理等従事者の場合は、その母親のことを書いてください。)

ア 救護、死体処理等を何町(旧市町村名)のどの救護施設(学校名、寺院名等)でしましたか。

イ その救護施設では、多い時で何人くらい収容されていましたか。

およそ 人

ウ 救護、死体処理等をしたのは、いつからいつまでで、そのうち何日間しましたか。

8月 日 ～ 月 日 日間

エ 上記期間に従事したいきさつについて書いてください。誰かに指示をされた場合は、その人の氏名や職名等を書いてください。

オ 従事した内容は次のうちどれですか。(該当する番号をすべて○で囲んでください。)

- 1 救護・看護 2 けが人等の移送 3 死体処理
4 その他 ()

カ 被爆した人に直接触れるような救護、死体処理等をした人数はどのくらいですか。

一日当たり 人(体)

キ 救護、死体処理等を一緒にした人がいる場合、その人の氏名、続柄(間柄)、生死の別、被爆者健康手帳の有無等を全員について書いてください。

救護、死体処理等を、一緒にした人がいない場合は、「なし」と書いてください。

氏 名	旧 姓	続柄(間柄)	生・死	手帳等の有無	備 考(手帳番号等)
				有・無・不明	
				有・無・不明	
				有・無・不明	
				有・無・不明	
				有・無・不明	
				有・無・不明	
				有・無・不明	
				有・無・不明	
				有・無・不明	

ク 救護、死体処理等をした時の様子や、あなたのしたことを書いてください。

(4) 胎内被爆者の場合

(あなたを産んだ母親が被爆者健康手帳を取得している場合は、1・2頁とこの欄を書いてください。)

ア 母親の被爆当時の氏名（当時と姓が変わられた場合は現在姓）

当時の氏名 (現在姓:)

イ 母親の被爆者健康手帳番号を記入してください。

手帳番号 () . 不 明

ウ 母親の現在の居住地を記入してください。

都府 道県 市郡 町村

電話 ()

エ 母親が亡くなられている場合は、死亡年月日、死亡時住所を記入してください。

死亡年月日 昭和 年 月 日
平成

死亡時住所 都道府県 市郡 町村

3 その他

その他、あなたの被爆事実などについて、参考になることがあれば書いてください。

This image shows a single page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

4 現在の家族状況

続柄	氏名	生年月日	被爆者健康手帳等の 有無とその番号
本人			
		明大昭平 . .	有()・無
		明大昭平 . .	有()・無
		明大昭平 . .	有()・無
		明大昭平 . .	有()・無
		明大昭平 . .	有()・無
		明大昭平 . .	有()・無
		明大昭平 . .	有()・無
		明大昭平 . .	有()・無

5 証人について

※ 第三者（2名）の証明書を添付することができない場合、その理由を書いてください。

※ 申請書を代筆した場合

代筆者氏名 _____

居住地 _____

申請者との続柄 _____ 電話 (_____) _____

代筆した理由
