

新

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。

平成 年 月 日

申請者 氏 名 (印)

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。

旧

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			
被爆時以降における健康状態の概要及び原子爆弾に起因すると思われる負傷若しくは疾病について医療を受け、又は原子爆弾に起因すると思われる自覚症状があったときは、その医療又は自覚症状の概要			
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。

平成 年 月 日

申請者 氏 名 (印)

厚生労働大臣 殿

備考 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。

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		
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏 名 (印)</p> <p>厚生労働大臣 殿</p>			

- (※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。

新

様式第六号（第十二条関係）

意見書

平成 年 月 日作成

負傷又は 疾病の名称		被爆者 健康手帳 の番号		被爆者の 氏名及び 生年月日	
既往症 (※1)					
現症所見 (※2)					
当該負傷又は疾 病に関する原子 爆弾の放射線起 因性等について の医師の意見及 びその理由 (※3)					
必要な医療の内 内容及び期間 (※4)	内容	期間（入院） （通院）			

医療機関の名称及び所在地
医師氏名 印

(※1) 過去の病気及びその時期などについて、具体的な内容を記入してください。

(※2) 現在の症状・所見及び診断の根拠、症状の履歴などについて、具体的な内容を記入してください。

(※3) 放射線に起因すると考える場合には、その根拠を記入してください。

なお、不明な場合には、特段の記載が無くとも結構です。
(※4) 可能な限り詳細に記入してください。

旧

様式第六号（第十二条関係）

意見書

平成 年 月 日作成

負傷又は 疾病の名称		被爆者 健康手帳 の番号		被爆者の 氏名及び 生年月日	
既往症					
現症所見 (※1)					
当該負傷又は疾 病に関する原子 爆弾の放射線起 因性等について の医師の意見及 びその理由 (※2)					
必要な医療の内 内容及び期間 (※3)	内容	期間（入院） （通院）			

医療機関の名称及び所在地
医師氏名 印

(※1) 現在の症状、その履歴などについて、具体的な内容を記入してください。

(※2) 放射線に起因すると考える場合には、その根拠を記入してください。

なお、不明な場合には、特段の記載が無くとも結構です。
(※3) 可能な限り詳細に記入してください。

様式第六号（第十二条関係）

意 見 書

平成 年 月 日作成

負傷又は 疾病の名称		被爆者 健康手帳 の番号		被爆者の 氏名及び 生年月日	
既往症 (※1)					
現症所見 (※2)					
当該負傷又は疾 病に関する原子 爆弾の放射線起 因性等について の医師の意見及 びその理由 (※3)					
必要な医療の内 容及び期間 (※4)	内容	期間（入院）			（通院）

医療機関の名称及び所在地
医 師 氏 名



- (※1) 過去の病気及びその時期などについて、具体的な内容を記入してください。
- (※2) 現在の症状・所見及び診断の根拠、症状の履歴などについて、具体的な内容を記入してください。
- (※3) 放射線に起因すると考える場合には、その根拠を記入してください。
なお、不明な場合には、特段の記載が無くとも結構です。
- (※4) 可能な限り詳細に記入してください。