

Reconhecimento de Vítima da Bomba Atômica requerido fora do Japão

A partir de 1º. de abril de 2010, as Vítimas da Bomba Atômica residentes fora do Japão (define-se por Vítimas da Bomba Atômica as pessoas que receberam a emissão da Carteira de Saúde de Vítima da Bomba Atômica) poderão requerer reconhecimento de doenças causadas pelos efeitos da Bomba Atômica sem precisar de vir ao Japão.

1. Sobre a forma de requerimento

Os requerimentos deverão ser encaminhados a Embaixada e aos Consulados cuja circunscrição consular abranja sua residência (exclusivamente em Taiwan, o órgão credenciado é a Fundação Associação de Intercambio (Zaidan Houjin Koryu Kyokai); doravante os órgãos doravante, os órgãos autorizados serão designados coletivamente como “Consulado”) estão habilitados para receber o requerimento.

No ato da apresentação dos documentos, o Consulado procederá a identificação pessoal do(a) requerente. O requerimento deverá ser realizado pessoalmente, mas será admitida a nomeação de um procurador se o(a) requerente não puder comparecer pessoalmente ao Consulado (Não serão admitidos requerimentos por via postal).

2. Documentos necessários para o requerimento

No ato do requerimento é necessário apresentar, além do formulário de requerimento de certificação, formulário de avaliação médica, relatório dos exames comprobatórios da doença a ser certificada, entre outros. Detalhes sobre os documentos necessários estão na pg.3.

3. Sobre a Análise

O Consulado procederá a confirmação da identificação pessoal e da suficiência dos documentos apresentados. Os requerimentos recebidos serão encaminhados à jurisdição administrativa.

Os documentos recebidos pelo Ministério da Saúde e do Trabalho do Japão procederá com a análise reconhecimento de doença radioativa ouvindo opinião de especialistas. (Detalhes sobre o análise estão na pg.22.)

Outrossim, durante o processo de análise, poderá haver consultas diretamente ao requerente e(ou) solicitação de apresentação de documentos adicionais referente a doença requerida.

4. Requerimento de auxílio especial para assistência médica

Sendo deferido o certificado como Vítima de Bomba Atômica, o requerente receberá do Governador do Governo Provincial, do Prefeito da Municipal de Hiroshima ou do Prefeito da Municipal de Nagasaki, mensalmente 137.430 ienes como Auxílio Especial para Assistência Médica.

Para isto, será necessário que o requerimento de Reconhecimento de Doenças causadas pelos efeitos da Bomba Atômica deva ser enviado ao Ministro da Saúde e do Trabalho do Japão e, ao mesmo tempo, Requerimento de Auxílio Especial para Assistência Médica aos Governadores Provinciais e aos Prefeitos das Municípios de Hiroshima e Nagasaki.

Os requerimentos de Auxílio Especial para Assistência Médica poderão ser recebidos pelos Consulados.

Encaminhar este requerimento juntamente com o Requerimento de Reconhecimento de Doenças causadas pelos efeitos da Bomba Atômica.

Detalhes sobre os documentos exigidos para o requerimento estão na pg.3.

5. Dúvidas e esclarecimentos

Quaisquer dúvidas poderão ser esclarecidas no Consulado da circunscrição consular do país onde reside ou no Ministério da Saúde e do Trabalho do Japão.

Divisão de Assistência às Vítimas da Bomba Atômica da Administração Geral no
Departamento de Saúde do Ministério da Saúde e do Trabalho do Japão
Telefone: 81-3-5253-1111
Fax: 81-3-3502-3090
E-mail: absengo@mhlw.go.jp

Ministério da Saúde e do Trabalho do Japão

Índice

○ Sistema de Certificação de Doenças causadas pela Bomba Atômica, quer dizer	1
○ Procedimentos para receber a Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica	1
○ Detalhamento da documentação de requerimento	3
○ Comunicação do resultado	6
○ Notas de atenção no caso de receber a Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica	6
○ Exemplo de Preenchimento do Formulário de Requerimento do Certificação de Doença causadas pela Bomba Atômica	9 - 12
○ Para Requerimento do Reconhecimento de Doenças causadas pelos efeitos da Bomba Atômica	13 - 23
○ Procedimentos da Análise	24
○ Exemplo de Preenchimento do Formulário de Requerimento do Certificado de Auxílio Especial para Tratamento Médico	25 - 28
○ Formulário de Solicitação para Depósito em Conta Bancária	29
○ Declaração	30 (Formulário de nomeação de procurador)
○ Procuração	31

1 Sistema de Certificação de Doenças causadas pela Bomba Atômica, quer dizer

As vítimas da Bomba Atômica, são as doenças e ferimentos provocados pela radiação da bomba atômica, poderão receber a certificação através do Ministro da Saúde, Trabalho e Bem Estar Social.

Visto que, na presente situação se faz necessária a assistência médica, o Ministro da Saúde, Trabalho e Bem Estar Social fará a certificação da requisição feita para doença ou ferimento, tendo as causas das lesões provocadas pela bomba atômica, porém, para isto será necessário conhecimento especializado e estarão sendo analisados por um conselho de especialistas.

Em março de 2008, este conselho de especialistas resumiu os procedimentos da análise no chamado 「Política da Nova Análise」 e, a partir de abril do mesmo ano, passou se a realizar as análises conforme essa política. (pág.22)

Recebendo esta certificação, será possível receber, como subsídio, a quantia mensal de ¥137.430 de Auxílio Especial para Tratamento Médico. Para receber o subsídio, além do requerimento de Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica, separadamente, será necessário requerer a Certificação do Auxílio Especial para Tratamento Médico junto à Província, Prefeitura de Hiroshima, ou ainda, à Prefeitura de Nagasaki.

Juntamente com os documentos do requerimento de Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica, apresente aos Consulados e outros.

2 Procedimentos para receber a Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica.

- (1) Para efetuar o Requerimento de Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica e o Requerimento de Certificação de Auxílio Especial para Tratamento Médico, prepare os documentos do requerimento e faça a requisição comparecendo ao Consulado mais próximo da região onde reside. (Explicação dos documentos de

requerimento na pág.3)

* Na ocasião do requerimento, será necessário a identificação pessoal entre outros, a princípio o requerente em pessoa deverá comparecer ao Consulado para realizar os trâmites porém, na impossibilidade poderá ser requerido através de um representante (Atenção pois não haverá recepção através de remessa postal).

- (2) Os documentos de requisição poderão ser entregues nos Consulados, estabelecidos mais próximo da região onde reside, após o término da identificação pessoal entre outros, verificação se há falta de preenchimento, etc.. No que se refere à requisição do Certificado de Doença causada pela Bomba Atômica, através dos Consulados será enviado ao Ministério da Saúde, Trabalho e Bem Estar Social via Província, Prefeitura de Hiroshima ou Prefeitura de Nagasaki. Referente à requisição do Certificado de Auxílio Especial para Tratamento Médico, serão enviados às Províncias, Prefeitura de Hiroshima ou Prefeitura de Nagasaki para realização das análises.

No processo de análise, poderá haver consultas ao próprio requerente, ao médico principal e solicitações para apresentação de documentação dos exames hospitalar onde realizou tratamento médico no passado.

Estas consultas e solicitações de documentações adicionais são muito importantes, portanto responda corretamente.

- (3) Referente ao requerimento de Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica, o Ministério da Saúde, Trabalho e Bem Estar Social realizará a análise, porém, são importantes informações como, por exemplo, a que distância do centro da explosão houve a exposição à bomba atômica (as análises serão realizadas baseadas na data de ingresso à cidade e local de moradia, local de exposição à bomba atômica indicado no certificado da Carteira de Saúde de Vítima da Bomba Atômica quando emitidos pelas Províncias, Prefeitura de Hiroshima ou Prefeitura de Nagasaki).

Por essa razão, o Ministério da Saúde, Trabalho e Bem Estar Social requisita às Províncias, Prefeitura de Hiroshima ou Prefeitura de Nagasaki os formulários de requisição da época em que o requerente recebeu a Carteira de Saúde de Vítima da Bomba Atômica e poderá usá-la como referência nas análises.

- (4) As análises de certificação de doenças causadas pela Bomba Atômica feitos pelo Ministério da Saúde, Trabalho e Bem Estar Social tramita ouvindo a opinião de especialistas, requerendo certo período de tempo.

Ao receber a certificação do subsídio de Auxílio Especial para Tratamento Médico, o subsídio será retroativo a partir do mês seguinte ao mês que corresponde à data de requerimento; mesmo havendo demora a análise, não haverá alteração no valor do subsídio de Auxílio Especial para Tratamento Médico. Contudo, caso já esteja recebendo subsídio do Auxílio para Controle da Saúde, receberá a diferença entre o subsídio recebido do Auxílio para Controle da Saúde e o Auxílio Especial para Tratamento Médico.

(Ex.)

- Requerendo a certificação como Doença causada pela Bomba Atômica e a certificação de Auxílio Especial para Tratamento Médico, em abril de 2010.
- Após certo período, ao receber o certificado de Doença causada pela Bomba Atômica, o Auxílio Especial para Tratamento Médico passará a ser subsidiado retroativamente a partir da parcela de maio de 2010.

3 Detalhamento da documentação de requerimento

Para o requerimento, será necessária a documentação para identificação pessoal e outros, documentação de requerimento do certificado de Doença causada pela Bomba Atômica e documentação de requerimento do certificado de Auxílio Especial para Tratamento Médico.

[Atenção] Destinatário do Requerimento

- O requerimento do certificado de Doença causada pela Bomba Atômica é o Ministro da Saúde, Trabalho e Bem Estar Social.
- O requerimento do certificado de Auxílio Especial para Tratamento Médico é:
 - Caso atualmente esteja recebendo subsídio do Auxílio para Controle da Saúde, e outros.
 - Destinar ao Governador da Província, Prefeito de Hiroshima ou Nagasaki, o qual esteja recebendo o subsídio.
 - Caso não esteja recebendo subsídio.
 - Destinar ao Governador da Província, Prefeito de Hiroshima ou Nagasaki, o qual recebeu a emissão da Carteira

de Saúde de Vítima da Bomba Atômica.

- * Caso seja portador de várias Carteiras de Saúde de Vítima da Bomba Atômica, destinar ao Governador da Província, Prefeito de Hiroshima ou Nagasaki, do qual recebeu a emissão do último subsídio.

Aprovação para a doença causada pela bomba atômica e documentos necessários para efetuar a solicitação do auxílio especial de tratamento médico, etc.

[Documentos necessários para a identificação do requerente]

- (1) Identidade com a foto, dentro do prazo de validade, emitida pelo governo central ou pelo governo regional do seu país de residência (original), ou outros certificados que permitem confirmar a identificação do requerente (original), e a cópia (duas vias)

Ex) passaporte, carteira nacional de habilitação (carteira de motorista), registro de estrangeiro, certificado de habilitação de trabalho, visto permanente, certificado de registro de residente “jumin torokusho”, etc.

Ou, um certificado emitido por órgão oficial, ao princípio dentro do prazo de validade de um mês após a emissão, que permite identificar o requerente (uma via) e a cópia (uma via).

Ex) Certidão de nascimento japonesa (Registro civil da família (“Koseki tohon”)), Resumo de “Koseki tohon” (“Koseki shohon”), certificado básico “kimon shomeisho”, certificado pelo notário, certificado de aprovação de status, certificado de residência, etc.

- (2) Caso a identidade, etc. não permita confirmar o endereço residencial atual do requerente, apresentar um documento que permita confirmar o endereço residencial atual do requerente (uma via) ou a cópia (uma via).

Ex) Comprovante de domicílio (ou recibo de água, luz, telefone, etc.), correspondência via correio ao requerente, certificado de residência, transcrição do registro de residente “jumin toroku tohon”, etc.

[Caso o procurador efetue a solicitação]

Os documentos listados abaixo também são necessários, além dos documentos do item (2) listados acima:

- a) Declaração do próprio requerente para explicar sobre o motivo de não comparecimento para efetuar a solicitação (uma via) e a cópia (uma via).
 - b) Procuração ao outorgante (uma via) e a cópia (uma via).
 - c) Documentos do item (1) acima referente ao outorgante
 - d) Certificado emitido por um órgão oficial, são aceitos somente documentos emitidos durante o prazo de um mês antes da data do requerimento, que permite identificar o próprio requerente (uma via) e a cópia (uma via).
- * Preencha a) e b) em japonês ou inglês

[Documentos para efetuar a solicitação referente a doença causada pela bomba atômica]

- (3) Formulário de solicitação para aprovação (uma via) e a cópia (uma via).

- (4) Parecer Médico (uma via) e a cópia (uma via).
(* No caso de efetuar a solicitação para mais de uma doença ou a apresentação do parecer médico de várias instituições médicas, preparar uma via original e a cópia (uma via) para os respectivos documentos)
- (5) Cópia (uma via) do relatório de exame, etc.
Porém, poderá ocorrer a necessidade de apresentar fotos do globo ocular de catarata ou imagens dos CT originais, etc., ou cópias das imagens nítidas. Além disso, os documentos necessários diferem dependendo do tipo da doença ou lesão. Os detalhes estão especificados na página 12. Mostre ao médico e peça para preparar os documentos necessários.
- * Pela regra da conduta, em relação ao item (3), preencha em japonês. Porém, em relação ao nome e o endereço de origem poderá ser preenchida na língua nativa.
 - * Pela regra da conduta, preencha os itens (4) e (5) em japonês ou inglês.
 - * Caso tenha dificuldade em preencher os itens (3), (4) e (5) em japonês ou inglês, é possível ser preenchida na língua nativa porém, neste caso, a tradução deverá ser efetuada pelo “Ministério da Saúde, Trabalho, e Previdência Social”. Deixamos como uma observação, de que a avaliação será feita através desta tradução, na qual dispensará mais tempo do que a solicitação comumente para ser avaliado, e esta poderá não ser transmitida de forma suficiente não que o requerente deseja expressar. Portanto, ao apresentar os documentos estejam cientes a respeito desta observação.

[Documentos para efetuar a solicitação do auxílio especial de tratamento médico]

- (6) Formulário de solicitação para auxílio especial de tratamento médico (uma via) e cópia (uma via).
* Caso queira requerer, juntamente, o Requerimento da Certificação de Doenças causadas pela Bomba Atômica, no formulário de requerimento deixe em branco os itens “Certificação da Lei artigo 11, cláusula 1, sim/não”, “Nome da doença ou ferimento”, “Número da certificação”, “Data da certificação”.
* Caso queira requerer, juntamente, o requerimento do Certificação de Doenças causadas pela Bomba Atômica, referente ao atestado médico emitido pelo médico, poderá ser um resumo.
- (7) Caderneta de saúde da vítima de bomba atômica (original) e a cópia da página que inclui o nome do requerente, o endereço residencial, etc. (duas vias).
- (8) Formulário de solicitação para depósito em conta bancária (uma via) e a cópia (uma via).
* Preencha o formulário em inglês em letras maiúsculas.
- (9) Caderneta bancária cujo titular é o próprio requerente (original) e a cópia (duas vias), ou certificado da conta bancária (uma via) e a cópia (uma via).

[Como conseguir os documentos de solicitação]

Obtenha o formulário do consulado do Japão existente na região onde reside ou pelo site do consulado do Japão, etc., ou pelo site do Ministério da Saúde, Trabalho, e Previdência Social.

(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/genbaku.html>).

4 Comunicação do resultado

Em resultado à análise, recebendo a Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica no Ministério da Saúde, Trabalho e Bem Estar Social, será enviado ao próprio requerente o certificado de Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica e o certificado de Auxílio Especial para Tratamento Médico.

Por outro lado, em resultado à análise, não recebendo a Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica no Ministério da Saúde, Trabalho e Bem Estar Social, o próprio requerente receberá a comunicação deste conteúdo.

5 Notas de atenção no caso de receber a Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica

As pessoas que receberam a Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica e estão recebendo o subsídio de Auxílio Especial para Tratamento Médico, necessitarão efetuar várias notificações. Ou então, quando houver a cura, etc., da doença ou ferimento no qual recebeu a certificação, será necessário efetuar a devolução do certificado de Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica e o certificado de Auxílio Especial para Tratamento Médico. Além disso, isto acarretará no cancelamento do subsídio de Auxílio Especial para Tratamento Médico.

- (1) Quando houver a cura da doença ou ferimento no qual recebeu a certificação, ou então, quando ocorrer o óbito do requerente.
 - O subsídio de Auxílio Especial para Tratamento Médico será concedido até o mês que corresponde à data em que houve a cura da doença ou ferimento no qual recebeu a certificação, ou então, quando ocorrer o óbito do requerente.
 - Quando houver a cura da doença ou ferimento no qual recebeu a certificação, o subsídio de Auxílio Especial para Tratamento Médico será substituído pelo Auxílio Especial (valor mensal de ¥50.750), subsídio o qual poderá receber.
 - Haverá trâmites necessários para a devolução do certificado de Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica e o certificado de Auxílio Especial para Tratamento Médico ou a notificação, etc., do óbito. Comunique a Província, Prefeitura de Hiroshima ou a Prefeitura de Nagasaki no qual esteja recebendo o subsídio de Auxílio Especial para Tratamento Médico e proceda com os trâmites necessários.

* Por exemplo: caso tenha recebido o subsídio do auxílio mesmo após o mês seguinte ao mês que corresponde à data da cura da doença ou ferimento no qual recebeu a certificação, ou então, quando ocorrer o óbito do requerente, deverá proceder com a devolução do auxílio. Além disso, sempre faça a notificação, pois caso a pessoa que esteja recebendo o subsídio do auxílio venha a óbito, poderá requerer a assistência funeral.

- (2) As pessoas que estiverem recebendo o subsídio de Auxílio Especial para Tratamento Médico, serão necessárias notificações conforme segue abaixo.

[Notificação da Condição Atual]

Todo ano, no período entre 1º de maio ao dia 31 do mesmo mês, apresente à Província, Prefeitura de Hiroshima ou Prefeitura de Nagasaki, de onde esteja recebendo o subsídio, o nome, local de residência e certificado de órgão público identificando a pessoa com os símbolos numéricos da notificação mencionados no certificado de auxílio (somente com data de emissão dentro do prazo de um mês anterior à data da requisição).

Ainda, referente a detalhamento dos trâmites, consulte a Província, Prefeitura de Hiroshima ou Prefeitura de Nagasaki, o qual recebe o subsídio.

- * Não haverá necessidade de apresentar as notificações os requerimentos e notificações a seguir, em que, a partir da data da entrega o dia 31 de maio esteja contido dentro do prazo de um ano e também corresponda ao mesmo ano corrente à data da entrega.
- Requerimento de Auxílio Especial para Tratamento Médico, e Auxílio para Microcefalia provocada pela Bomba Atômica;
 - Notificação do estado de saúde do pensionista do Auxílio Especial para Tratamento Médico;
 - Notificação de alteração de nome;
 - Notificação de alteração de residência;
 - Notificação de alteração de residência para o Japão;
 - Notificação de alteração de residência para o Exterior;

[Notificação do Estado de Saúde]

Passados cada três anos a partir da data da requisição, no ano que corresponder à data limite, entre os dias 1 de maio à 31 do mesmo mês, apresente à Província, Prefeitura de Hiroshima ou Prefeitura de Nagasaki, o qual recebe o auxílio do subsídio, o nome, data de nascimento, sexo, local de residência e numeração do certificado de auxílio, nome da certificação da doença ou ferimento recebido pelo Ministro da Saúde, Trabalho e Bem Estar Social mencionado na

notificação juntamente com o atestado médico.

Ainda, referente a detalhamento dos trâmites, consulte a Província, Prefeitura de Hiroshima ou Prefeitura de Nagasaki, o qual recebe o subsídio.

Na falta da apresentação, sem uma razão justificada, da Notificação da Condição Atual e a Notificação do Estado de Saúde, poderá ocasionar a suspensão do subsídio do auxílio. Apresente sem falta.

Formulário de Requerimento para Reconhecimento

Nome		Sexo		Nascimento aaaa/mm/dd	
Endereço res.					
Telefone			No. da carteira de saúde de vítima da bomba atômica		
Ferimento ou nome da doença					
Circunstâncias no momento da exposi ção a radiação (inclusive circunsta ncias de entrada na cidade) (*1)					
Sintomas logo após a exposição a radia ção (*2)					

Em relação a Lei de Assistência às Vítimas de Bomba Atômica, regulamentada na Lei Cap. 11 clausula Primeira, faço requerimento para obter reconhecimento perante apresentação dos documentos relacionados.

Data: _____ (ano) _____ (mês) _____ (dia)

Requerente: Sobrenome _____ Nome _____ (carimbo)

Excelentíssimo(a) Ministro(a) da Saúde, Trabalho e Bem Estar Social

*1) Descreva a situação nos arredores e o local onde foi exposto a radiação da bomba atômica.

Caso tenha ingressado na cidade após a exposição á radiação da bomba atômica, descreva a data de ingresso, o trajeto, posteriormente sua atitude e tempo de estadia.

Ainda, anexar uma copia da carteira de saúde de vítima da bomba atômica e descrevê-la para consulta.

*2) Descreva sobre as alterações no estado de saúde desde a exposição radioativa da bomba atômica ate os dias atuais e quais os sintomas ocorridos logo após a exposição radioativa.

Caso haja, anexar os documentos mais objetivos dos tratamentos médicos e dos vários exames prestados.

Observação: Não há impedimentos em utilizar uma folha em separado, caso haja um grande volume de descrição.

Formulário de Recomendação

Data de elaboração: (ano) (mês) (dia)

Nome da vítima de exposição radioativa		Nascimento aa/mm/dd	
Nome da doença ou ferimento		No. da carteira de saúde de vítima da bomba atômica	
Doenças anteriores (*1)			
Estado atual de saúde (*2)			
Parecer médico e motivo referente a lesões ou doenças relacionadas a exposição radiativa decorrente da explosão da bomba atômica. (*3)			
Tratamento médico necessário e o período (*4)	Detalhamento	Período	(s/internação) (c/internação)

Nome da instituição hospitalar e endereço

Nome do médico: (carimbo)

(*1) Descreva detalhadamente sobre as doenças anteriores e o período .

(*2) Opine sobre os sintomas atuais e descreva detalhadamente um histórico sobre o mesmo.

(*3) Se a causa for a radiação, descreva sobre esta fundamentação.

Ainda, não haverá necessidade de detalhamentos específicos em casos de insegurança.

(*4) Favor detalhar o máximo possível.

Exemplo de preenchimento do Requerimento de Reconhecimento

Formulário de Requerimento para Reconhecimento					
Nome	○ ○ ○	Sexo	Masc.	Nascimento aaaa/mm/dd	1927/10/1
Endereço					
Telefone	012-345-6789	No. da carteira de saúde de vítima da bomba atômica	9876543		
Ferimento ou nome da doença	Câncer no estômago				
Circunstâncias no momento da exposição a radiação (inclusive circunstâncias de entrada na cidade) (*1)	No dia 6 de agosto estava na fábrica ○○ no bairro ○○ e estava a 5 km distante do centro da explosão de Hiroshima. Meu irmão mais velho ficou desaparecido e no dia seguinte fui para a cidade de Hiroshima procurá-lo. Parti as 8 horas de minha casa no bairro ○○, por volta das 9 horas cheguei nas imediações da estação de Yokogawa, Tokaichi-machi, tenma-cho, fukujima-cho, foi por onde passei...				
Sintomas logo após a exposição a radiação (*2)	Não tive nenhum sintoma agudo logo após a exposição. 35 anos aprox. Tuberculose 1976~ Anemia 1982 Úlcera 1990 Catarata 1995 Hipertensão 2001 Disfunção hepática 2008 Câncer no estômago				
Em relação a Lei de Assistência às Vítimas de Bomba Atômica, regulamentada na Lei Cap.11 clausula Primeira, faço requerimento para obter reconhecimento perante apresentação dos Data: _____ (ano) _____ (mês) _____ (dia) Requerente: Sobrenome _____ Nome _____ (carimbo) Excelentíssimo(a) Ministro(a) da Saúde, Trabalho e Bem Estar Social					

Escrever o endereço registrado no documento de identidade.

Escrever o mesmo nome da doença do Relatório Médico

Escrever onde e o que estava fazendo no momento da explosão da Bomba Atômica, sua reação após a explosão, caso tenha ingressado na cidade, escreva o horário que chegou, tempo de estada, movimentação, etc. Relatar minuciosamente.

Em caso de falta de espaço de inscrição, descrever em outro papel e anexá-lo.

Descrever se surgiram sintomas agudos logo após a explosão. Descrever seu estado de saúde após a explosão até os dias atuais, em caso de doenças, descrevê-las.

*1) Descreva a situação nos arredores e o local onde foi exposto a radiação da bomba atômica. Caso tenha ingressado na cidade após a exposição à radiação da bomba atômica, descreva a data de ingresso, o trajeto, posteriormente sua atitude e tempo de estadia. Ainda, anexar uma copia da carteira de saúde de vítima da bomba atômica e descrevê-la para consulta.

*2) Descreva sobre as alterações no estado de saúde desde a exposição radioativa da bomba atômica até os dias atuais e quais os sintomas ocorridos logo após a exposição radioativa. Caso haja, anexar os documentos mais objetivos dos tratamentos médicos e dos vários exames prestados.

Observação: Não há impedimentos em utilizar uma folha em separado, caso haja um grande volume de descrição.

Exemplo de preenchimento de Relatório Médico

Formulário de Recomendação

Data de elaboração: (ano) (mês) (dia)

Nome da vítima de exposição radioativa	○ ○	Nascimento aaaa/mm/dd	1927/10/1
Nome da doença ou ferimento	Câncer no estômago	No. da carteira de saúde de vítima da bomba atômica	9876543
Doenças anteriores (*1)	Disfunção hepática Anemia		
Estado atual de saúde (*2)	No dia 12 de março de 2008, fiz realizei uma Ressecção gástrica neste hospital e atualmente tenho uma consulta periódica a cada 3 meses		
Parecer médico e motivo referente a lesões ou doenças relacionadas a exposição radiativa decorrente da explosão da bomba atômica. (*3)			
Tratamento médico necessário e o período (*4).	Detalhamento 5 anos de observação	Período (s/internação) (c/internação)	

Escrever o mesmo nome da doença que o Requerimento de Reconhecimento

Escrever todas as doenças contraidas no passado

Descrever todos os sintomas de todas as doenças e seus tratamentos até os dias atuais

Se a doença for causada pela radiação, descrever suas características (Em caso de origem desconhecida não preencher)

Em caso de tratamento médico a ser realizado, descrever conteúdo e duração

Nome da instituição hospitalar e endereço
Nome do médico: (carimbo)

(*1) Descreva detalhadamente sobre as doenças anteriores e o período.

(*2) Opine sobre os sintomas atuais e descreva detalhadamente um histórico sobre o mesmo.

(*3) Se a causa for a radiação, descreva sobre esta fundamentação.
Ainda, não haverá necessidade de detalhamentos específicos em casos de insegurança.

(*4) Favor detalhar o máximo possível.

Para Requerimento do Reconhecimento de Doenças causadas pelos efeitos da Bomba Atômica

Ministério da Saúde e do Trabalho do Japão

Para tornar ágil a divulgação do resultado da análise, no anexo estão mencionados os documentos necessários que poderá diferir conforme a doença requerida. Na ocasião do requerimento solicitamos consultar um médico de uma instituição médica.

Ainda, os documentos anexos mencionam um exemplo típico. Solicitamos a compreensão, pois poderão ser solicitados documentos adicionais conforme as circunstâncias de cada requerente.

Ao médico principal do paciente

Referente à análise de reconhecimento de doenças causadas pelos efeitos da Bomba Atômica, estamos realizando análises profissionais através de documentos com observações médica e documentação do resultado dos exames e outros. Portanto, para cada requerimento de doença será necessário apresentar anexo documentos adicionais. Sendo assim, solicitamos a compreensão ao propósito da análise e cooperação para entrega dos documentos. Ainda, solicitamos que a entrega da documentação a ser anexada sejam cópias e não as originais.

(Anexo)

Documentos necessários para avaliação em caso de requisição por doença
[Câncer de esôfago] [Câncer de estômago] [Câncer colo-retal]

- (1) Relatório de exame histopatológico;
- (2) Relatórios de endoscopia, etc;
- (3) Relatórios de diagnósticos por imagem;
- (4) Conteúdo específico do tratamento realizado contra a doença;
- (5) Relatório de observação referente a cirurgia;

Documentos necessários para avaliação em caso de requisição por doença
[Câncer da mama]

- (1) Relatório de exame histopatológico;
- (2) Relatórios de diagnósticos por imagem;
- (3) Conteúdo específico do tratamento realizado contra a doença;
- (4) Relatório de observação referente a cirurgia;

Documentos necessários para a avaliação no caso de
[Câncer no ovário] [Câncer do trato urinário]

- (1) Relatório de exame histopatológico;
- (2) Relatórios de diagnósticos por imagem;
- (3) Relatórios de inspeção e outros marcadores tumorais;
- (4) Conteúdo específico do tratamento realizado contra a doença;
- (5) Relatório de observação referente a cirurgia;

Documentos necessários para avaliação em caso de requisição por doença
[Câncer de tireóide]

- (1) Relatório de exame histopatológico ou de patologia celular;
- (2) Relatórios de diagnósticos por imagem;
- (3) Relatórios de marcadores tumorais, hormônios da tireóide, etc.;
- (4) Conteúdo específico do tratamento realizado contra a doença;
- (5) Relatório de observação referente a cirurgia;

Documentos necessários para avaliação em caso de requisição por doença
[Câncer pulmonar]

- (1) Relatório de exame histopatológico ou de patologia celular;
- (2) Relatórios de diagnósticos por imagem;
- (3) Relatórios de endoscopia, etc.;
- (4) Relatórios de marcadores tumorais;
- (5) Conteúdo específico do tratamento realizado contra a doença;
- (6) Relatório de observação referente a cirurgia;
- (7) Relatório sobre tabagismo, os efeitos sobre a incidência de câncer de pulmão. Se você tem uma história de vida de fatores de risco que podem afetar, conclusão sobre as condições médicas;

Documentos necessários para avaliação em caso de requisição por doença
[Câncer de fígado]

- (1) Relatório de exame histopatológico;
- (2) Relatórios de diagnósticos por imagem;
- (3) Relatórios de marcadores tumorais e hepatite;
- (4) Conteúdo específico do tratamento realizado contra a doença;
- (5) Relatório de observação referente a cirurgia;
- (6) Histórico de transfusão de sangue, cirurgia, bebida alcoólica, seu dia-a-dia. Os fatores de risco que podem afetar a incidência de câncer de fígado, conclusão sobre as condições médicas;

Documentos necessários para avaliação em caso de requisição por doença
[Câncer de pele]

- (1) Relatório de exame histopatológico;
- (2) Conteúdo específico do tratamento realizado contra a doença;
- (3) Relatório de observação referente a cirurgia;

Documentos necessários para avaliação em caso de requisição por doença
[Exceto os cânceres citados acima]

- (1) Relatório de exame histopatológico ou de patologia celular;
- (2) Outros tipos de diagnóstico e o motivo por que foi feito o exame;
- (3) Relatórios de diagnósticos por imagem;
- (4) Conteúdo específico do tratamento realizado contra a doença;

Documentos necessários para avaliação em caso de requisição por doença
[Leucemia]

- (1) Relatório sobre as conclusões a aspiração de medula óssea;
- (2) Biópsia de coloração e plasma celular;
- (3) Conteúdo específico do tratamento realizado contra a doença;
* Em caso de Mieloma múltiplo adicionar os seguintes documentos:
 - Relatórios de inspeção e de opinião médica e sua base para o estadiamento;
 - Relatórios de inspeção para revelar a presença de proteínas-M.

Documentos necessários para avaliação em caso de requisição por doença

[Hipertireoidismo]

- (1) Sintomas e o parecer do médico;
- (2) Sintoma de outras constatações médicas (Em caso de osteoporose ou Cálculo anexar relatório);
- (3) Exame de PTH (intacto PTH desejável se for expresso em valores);
- (4) Valores de Ca e P para acompanhamento ao longo do tempo;
- (5) Exames que comprovem que não seja de desenvolvimento contínuo (Relatório de BUN, creatinina e exames de função renal);
- (6) Relatório baseado em diagnóstico por imagem e outras doenças;
- (7) Conteúdo específico do tratamento realizado contra a doença;
- (8) Relatório da patologia da biópsia após a cirurgia e valores de PTH, Ca e P pós-cirurgia.

Documentos necessários para avaliação em caso de requisição por doença

[Radiação catarata]

- (1) Relatório com resultados evidentes do teste de visão;
(Cópia do relatório médico);
(Deixar evidente sobre a visão não corrigida atual e acuidade visual corrigida, refração e outros);
- (2) Exame microscópico com lâmpada de fenda com fotografia (original)
(Deixar evidente o ponto de turvação do cristalino)
(em caso de não haver instalação para produção de imagem, executá-lo em outra instituição médica),
(Sobre a aplicação do exame, realize quando estiver em midríase);
- (3) Documentos com resultados evidentes referente aos relatórios dos exames de fundo de olho.
(Utilize cópia do relatório médico);
(Sobre a aplicação do exame, realize quando estiver em midríase);
- (4) Históricos de incidência da diabetes, hipertireoidismo, histórico do tratamento da administração prolongada de esteróides entre outros e histórico de incidência caso haja possibilidade de influenciar na ocorrência da catarata; conteúdo do histórico do tratamento, constatações médica referente á situação.
- (5) Documentação dos itens: (1), (2) e (3), anterior ao implante, caso tenha realizado implante de lente intra-ocular,;
- (6) Cópia do relatório médico do período das primeiras consultas;
- (7) Cópia do relatório médico do período da requisição;

Documentos necessários para avaliação em caso de requisição por doença

[Infarto do miocárdio reconhecido pela atribuição da radiação]

- (1) Relatório do exame de eletrocardiograma;
- (2) Relatórios de troponina, CK-MB e outros, do exame de sangue;
- (3) Relatórios dos exames de cinecoronariografia e ventriculografia esquerda;
- (4) Relatórios de diagnósticos por imagem (Raio-X peitoral, ecocardiografia, entre outros);
- (5) Relatórios dos exames de função cardíaca (cintilografia, eletrocardiograma de esforço, entre outros)
- (6) Relatórios referente apreciação cirúrgica na angioplastia coronária percutânea e cirurgia de revascularização;
- (7) Relatórios com resultados evidentes da presença ou não do fator de risco coronariano;
(Cópia do sumário de enfermagem e sumário de hospitalização);
- (8) Opinião médica referente aos fatores de risco coronariano quando sua presença é reconhecida no histórico de incidência, no conteúdo do histórico de tratamento, situação, entre outros;

Documentos necessários para avaliação em caso de requisição por doença
[Hipotireoidismo reconhecido pela atribuição da radiação]

- (1) Relatório do exame do tratamento hormonal da tireóide durante o tratamento.
(Documentos que indique a tendência, pelo menos do TSH, T3, T4);
- (2) Relatório do exame do tratamento hormonal da tireóide anterior ao início do tratamento (no diagnóstico);
- (3) Nome das drogas usadas no tratamento e sua dosagem.
(Em miligramas e não em quantidade de comprimidos);
- (4) Relatório do exame do exame de anticorpos anti-microsomal;
- (5) Relatório do exame do exame de anticorpos anti-tireoglobulina;
- (6) Relatório de ultra-som da tireóide;
- (7) Relatório referente a apreciação da operação, caso tenha realizado;

Documentos necessários para avaliação em caso de requisição por doença

[Hepatite crônica e cirrose reconhecido pela atribuição da radiação]

(1) Apreciação dos exames relacionados á referida doença.

1) Documentação que indique dados sobre a causa.

- Relatório do exame de marcação viral;
- Relatório que indique o resultado dos exames γ -globulina (ou IgG) em valores, do auto-anticorpos (Anticorpos antinucleares, Anticorpos do músculo liso, etc.) entre outros;
- Outros relatórios com resultados de exames realizados nas buscas da causa;

2) Documentos que sejam provas de diagnóstico e indiquem dados da hepatite crônica (cirrose).

- Relatório do exame de função hepática (GOT/GPT/Alb/ γ -GTP etc.) entre outros;
(Anexar documentação que indique alterações ao longo do tempo, o mais recente acima de 1 ano);
- Relatório do diagnóstico de imagem (ultra-sonografia, tomografia computadorizada, etc.) entre outros;
- Relatório do exame histológico;

(2) Conteúdo específico do tratamento realizado contra a doença.

(nome das drogas, dosagem, conteúdo prescrito para o tratamento e cópia do relatório médico, etc.);

(3) Documentos relacionados a anamnese.

(presença ou não de diabetes, hiperlipidemia, etc., histórico de medicamentos, história de transfusão, o que souber);

(4) Documentos relacionados ao histórico de vida.

(documentos que indiquem a quantidade de ingestão alcoólica diária (ou semanal), documentos que esclareçam a quantidade de anos de ingestão alcoólica, IMC (altura, peso));

Documentos necessários para avaliação em caso de requisição por doença

[Doenças não relacionadas acima]

- (1) Documento referente aos resultados dos exames de diagnóstico de imagem ou diagnóstico de patologia, os exames que na época fundamentaram o diagnóstico da doença.
- (2) Conteúdo específico do tratamento realizado contra a doença.

Novo processo de identificação das doenças das vítimas da Bomba Atômica

I Determinação dos efeitos da radiação

1 Limites do reconhecimento positivo

- (1) Pessoas que estavam dentro de um raio de 3.5 km da explosão da Bomba
- (2) Pessoas que entraram dentro de um raio de 2 km da explosão da Bomba num espaço de tempo inferior a 100 horas
- (3) Pessoas que estiveram por mais de 1 semana dentro de um raio de 2 km e depois de 100 hs da explosão da Bomba, no espaço de 2 semanas após a explosão.

Para as pessoas que apresentarem as 7 doenças abaixo serão reconhecidas positivamente

- 1) Malignant tumor (solid cancers, etc.)
- 2) Leukemia
- 3) Hyperparathyroidism
- 4) Radiation cataract (excluding age-related cataract)
- 5) Myocardial infarction attributable to radiation
- 6) Hypothyroidism attributable to radiation (*)
- 7) Chronic Hepatitis, Cirrhosis attributable to radiation (*)

(*) Itens atualizados em Junho de 2009 pelo [Novo processo de identificação]

2 Julgamentos gerais

Requerimentos de casos não enquadrados no 「Limites de reconhecimento positivo」



Os casos de radiação serão analisados como um todo

(Serão analisados quantidade radiação, ficha médica, fatores ambientais, condições de vida, etc da pessoa como um todo)

Ex : ◦ Tumores cerebrais
◦ Verificação de permanência por 100 hs em áreas próximas a explosão da Bomba

II Necessidade de tratamento médico

Serão analisados individualmente baseados em análises médicas

Formulário de Solicitação para Aprovação de Auxílio

(Frente)

Data de entrega: _____

1. Aprovação para auxílio de controle da saúde
2. Aprovação de auxílio de saúde
3. Alteração de valor do auxílio de saúde
4. Aprovação de auxílio especial de tratamento médico
5. Aprovação de auxílio especial
6. Aprovação de auxílio de microcefalia causada por bomba atômica

Ao Ex.mo(a) Sr(a): _____

Nome completo		carimbo ou assinatura		Data de Nascimento		Sexo	
				Data:		Masculino / Feminino	
Endereço escrito na Caderneta de Saúde da Vítima de Bomba Atômica (Hibakusha Kenko Techo):			Sobre a última Caderneta de Saúde da Vítima de Bomba Atômica (Hibakusha Kenko Techo) emitida	(Nome da província ou da cidade)			
				To/Do/ Fu/Ken/Shi (Assinale um círculo no que corresponde)			
				(Número da Caderneta)			
Residência atual	Endereço						
	Telefone						
Recebimento de auxílio de controle da saúde	sim / não		Recebimento de abono de saúde		sim / não		
Recebimento de auxílio especial de tratamento médico	sim / não		Recebimento de abono especial		sim / não		
Recebimento de auxílio de microcefalia causada por bomba atômica	sim / não						
Auxílio de controle da saúde	Doença acompanhada com a(s) disfunção(ões) determinada(s) na cláusula I do artigo 27 da lei sobre o auxílio para vítimas de bomba atômica		Nomes das disfunções	1	Disfunção de hematopoese	7	Disfunção renal
				2	Disfunção hepática	8	Disfunção visual por opacificação do cristalino
			3	Disfunção de proliferação celular	9	Disfunção respiratória	
			4	Disfunção endócrina	10	Disfunção de aparelho locomotor	
			5	Disfunção cerebrovascular	11	Disfunção de aparelho digestivo por úlcera	
			6	Disfunção cardiovascular			
		Nome da doença (A)					
		Documento anexo		Atestado médico (para auxílio de controle da saúde) referente à doença preenchida acima (em A)			
Auxílio de saúde	Número do certificado do auxílio de saúde						
	Caso corresponda a uma das condições determinadas na cláusula III do artigo 28 da lei sobre o auxílio para vítimas de bomba atômica, preencha o motivo		1 Pessoa com deficiência física				
				2 Pessoa de 70 anos ou mais, sem cônjuge, sem o(a) filho(a), nem o(a) neto(a), e quem não more com ninguém.			
				1. Caso assinale um círculo no item 1 acima, anexe o atestado médico (para auxílio de saúde) referente à deficiência física.			
				2. Caso assinale um círculo no item 2 acima, anexe os documentos seguintes de (1) e (2).			
				(1) Certificado emitido por um órgão oficial que permita conferir a inexistência de cônjuge, filhos e netos (inclusive casos em que haja relacionamento semelhante ao casamento, embora não tenha notificado a união).			
				(2) Certificado emitido por um órgão oficial que permita conferir a inexistência de companheiro de moradia.			
				3. Documento que prova a evidência de que o(a) requerente foi atingido pela bomba atômica no raio de 2 km onde a bomba caiu (Caso não tenha um documento que comprove, anexe a declaração sobre a evidência).			

(Verso)

	Presença ou ausência de aprovação da cláusula I do artigo 11 da lei			Presença / Ausência
	Nome do ferimento ou da doença que refere a aprovação da cláusula I do artigo 11 da lei sobre o auxílio para vítimas de bomba atômica, o número da aprovação, e a data da aprovação	Nome do ferimento ou da doença (B)	Número da aprovação	Data da aprovação
Auxílio especial de tratamento médico, auxílio especial, e auxílio de microcefalia causada por bomba atômica	Condição do ferimento ou da doença preenchido acima (em B)	Conforme o atestado médico anexo		
	Documentos anexos	1. Auxílio especial de tratamento médico Atestado médico (para auxílio especial de tratamento médico) referente ao ferimento ou à doença conforme preenchido acima (em B). 2. Atestado médico (para auxílio de microcefalia causada por bomba atômica) referente à auxílio de microcefalia causada por bomba atômica. Nota: Se o nome do ferimento ou da doença preenchido na coluna (B) acima for microcefalia ou síndrome de exposição intra-uterina a bomba atômica em curta distância, não é necessário anexar o atestado médico.		
Observação:				

Notas para preenchimento

1. Preencha "Nome completo" e "Endereço escrito na Caderneta de Saúde da Vítima de Bomba Atômica" no mesmo idioma utilizado na Caderneta.
2. Preencha "Nome da doença" e "Nome do ferimento ou da doença" em japonês ou inglês.
3. Preencha o nome completo junto com o carimbo ou com assinatura.

 Uso oficial de órgãos consulares, embaixadas e representações. Favor não preencher nada abaixo.

Data de recebimento:	Data:
Nome da Embaixada ou Consulado Geral:	Embaixada / Consulado Geral
Nome do responsável	

Exemplo de preenchimento do Formulário de Requerimento de Certificação de Auxílio Especial para Tratamento Médico

様式第 2 5 号

Formulário de Solicitação para Aprovação de Auxílio

(Frente)

Data de entrega 000000

1. Aprovação para auxílio de controle da saúde
2. Aprovação de auxílio de saúde
3. Alteração de valor do auxílio de saúde
4. Aprovação de auxílio especial de tratamento médico
5. Aprovação de auxílio especial
6. Aprovação de auxílio de microcefalia causada por bomba atômica

• Marcar com um círculo "○" na ajuda de custo especial

• Nome da prefeitura ou estado da Caderneta de Saúde de vítima da Bomba.

Ao Exmo Governador / Prefeito 0000

Nome completo		Kensei Tirono <small>carimbo ou assinatura</small>		Data de Nascimento		Sexo													
Endereço escrito na Caderneta de Saúde da Vítima de Bomba Atômica (Hibakusha Kenko Techo)		Número 00		Cidade 00 Bairro 00 Quadra 00		Sobre a última Caderneta de Saúde da Vítima de Bomba Atômica (Hibakusha Kenko Techo) emitida													
Residência atual		Endereço		Rua Kensei, 1234 São Francisco, CA 911 A, Cod Postal 94000		Telefone 012-345-6789													
Recebimento de auxílio de controle da saúde		sim / não <input checked="" type="radio"/>		Recebimento de abono de saúde		sim / não <input checked="" type="radio"/>													
Recebimento de auxílio especial de tratamento médico		sim / não <input checked="" type="radio"/>		Recebimento de abono especial		sim / não <input checked="" type="radio"/>													
Recebimento de auxílio de microcefalia causada por bomba atômica		sim / não <input checked="" type="radio"/>																	
Auxílio de controle da saúde		Doença acompanhada com n(s) disfunção(ões) determinando(s) na cláusula I do artigo 27 da lei sobre o auxílio para vítimas de bomba atômica		Nomes das disfunções		<table border="0"> <tr> <td>1 Disfunção de hematopoese</td> <td>7 Disfunção renal</td> </tr> <tr> <td>2 Disfunção hepática</td> <td>8 Disfunção visual por opacificação do cristalino</td> </tr> <tr> <td>3 Disfunção de proliferação celular</td> <td>9 Disfunção respiratória</td> </tr> <tr> <td>4 Disfunção endócrina</td> <td>10 Disfunção de aparelho locomotor</td> </tr> <tr> <td>5 Disfunção cerebrovascular</td> <td>11 Disfunção de aparelho digestivo por úlcera</td> </tr> <tr> <td>6 Disfunção cardiovascular</td> <td></td> </tr> </table>		1 Disfunção de hematopoese	7 Disfunção renal	2 Disfunção hepática	8 Disfunção visual por opacificação do cristalino	3 Disfunção de proliferação celular	9 Disfunção respiratória	4 Disfunção endócrina	10 Disfunção de aparelho locomotor	5 Disfunção cerebrovascular	11 Disfunção de aparelho digestivo por úlcera	6 Disfunção cardiovascular	
1 Disfunção de hematopoese	7 Disfunção renal																		
2 Disfunção hepática	8 Disfunção visual por opacificação do cristalino																		
3 Disfunção de proliferação celular	9 Disfunção respiratória																		
4 Disfunção endócrina	10 Disfunção de aparelho locomotor																		
5 Disfunção cerebrovascular	11 Disfunção de aparelho digestivo por úlcera																		
6 Disfunção cardiovascular																			
Auxílio de saúde		Número do certificado do auxílio de saúde		Atestado médico (para auxílio de controle da saúde) referente a doença preenchida acima (em A)		<p>1 Pessoa com deficiência física</p> <p>2 Pessoa de 70 anos ou mais, sem cônjuge, sem o(a) filho(a), nem o(s) neto(s) e quem não more com ninguém</p> <p>1 Caso assinala um círculo no item 1 acima, anexe o atestado médico (para auxílio de saúde) referente a deficiência física</p> <p>2 Caso assinala um círculo no item 2 acima, anexe os documentos seguintes de (1) e (2)</p> <p>(1) Certificado emitido por um órgão oficial que permita conferir a inexistência de cônjuge, filhos e netos (inclusive casos em que haja relacionamento semelhante ao casamento, embora não tenha notificado a união)</p> <p>(2) Certificado emitido por um órgão oficial que permita conferir a inexistência de companheiro de moradia</p> <p>3 Documento que prova a evidência de que o(a) requerente foi atingido pela bomba atômica no raio de 2 km onde a bomba caiu (Caso não tenha um documento que comprove, anexe a declaração sobre a evidência)</p>													

• Conferir com a Caderneta de Saúde de vítima da Bomba

• Se não tiver *Inkan* (carimbo) pode ser assinatura

• Conferir com documento de identidade

• Se não estiver recebendo nenhuma ajuda de custo, marcar com um círculo "○" todos os "não"

(Verso)

	Presença ou ausência de aprovação da cláusula I do artigo 11 da lei			Presença / Ausência
	Nome do ferimento ou da doença que refere a aprovação da cláusula I do artigo 11 da lei sobre o auxílio para vítimas de bomba atômica, o número da aprovação, e a data da aprovação	Nome do ferimento ou da doença (B)	Número da aprovação	Data da aprovação
Auxílio especial de tratamento médico, auxílio especial, e auxílio de microcefalia causada por bomba atômica	Condição do ferimento ou da doença preenchido acima (em B)	Conforme o atestado médico anexo		
	Documentos anexos	1 Auxílio especial de tratamento médico Atestado médico (para auxílio especial de tratamento médico) referente ao ferimento ou a doença conforme preenchido acima (em B) 2 Atestado médico (para auxílio de microcefalia causada por bomba atômica) Nota: Se o nome do ferimento ou da doença preenchido na coluna (B) acima for microcefalia ou síndrome de exposição intra-uterina a bomba atômica em curta distância, não é necessário anexar o atestado médico		
Observação				

Notas para preenchimento

- 1 Preencha "Nome completo" e "Endereço escrito na Caderneta de Saúde da Vítima de Bomba Atômica" no mesmo idioma utilizado na Caderneta
- 2 Preencha "Nome da doença" e "Nome do ferimento ou da doença" em japonês ou inglês.
- 3 Preencha o nome completo junto com o carimbo ou com assinatura.

○ Uso oficial de órgãos consulares, embaixadas e representações. Favor não preencher nada abaixo.

Data de recebimento	Data
Nome da Embaixada ou Consulado Geral	Embaixada / Consulado Geral
Nome do responsável	

• Se for requerer o Reconhecimento de Doenças causadas pela Bomba Atômica no mesmo processo, deve deixar esta lacuna em branco.

• Se for requerer o Reconhecimento de Doenças causadas pela Bomba Atômica no mesmo processo, será facultativo no que se refere ao atestado médico.

Formulário de Solicitação para Depósito em Conta Bancária

Data: _____

Ao Ex.^{mo(a)} Sr(a):

Número de caderneta de saúde da vítima de bomba atômica

Nome do beneficiário

Endereço do beneficiário

Favor depositar o auxílio referente à lei sobre o auxílio para as vítimas de bomba atômica na minha própria conta, informada abaixo:

Favor preencher abaixo:

Nome do banco	
Código do banco	
Nome da agência	
Endereço da agência do banco	
País	
Número da conta corrente	
Nome do titular da conta	
Número de telefone do beneficiário	
País de residência do beneficiário	

* Favor escrever em **LETRAS MAIÚSCULAS**.

Procuração

Data: _____

Ao Ex.^{mo(a)} Sr(a):

Outorgante:

Endereço _____

Nome _____ carimbo
(carimbo ou assinatura)

Número da caderneta de saúde da vítima de bomba atômica

Eu, ao outorgado abaixo mencionado, delego plenos poderes para apresentar os documentos necessários ao requerimento de _____

Favor preencher abaixo:

Procurador:

Endereço: _____

Nome: _____ carimbo

Assinatura: _____