

Requerimento de Certificação de Doença Causada pela Bomba Atômica fora do Japão

A partir de 1º de abril de 2010, as vítimas da bomba atômica residentes fora do Japão (define-se por estas as pessoas que receberam a emissão da Carteira de Saúde de Vítima da Bomba Atômica) poderão requerer a Certificação da Doença causada pela Bomba Atômica, sem precisar vir ao Japão.

1. Sobre a forma de requerimento

A Embaixada ou o Consulado do Japão, instalado na região onde reside (exclusivamente em Taiwan, o órgão credenciado é a Fundação Associação de Intercâmbio (*Zaidan Houjin Koryu Kyokai*). Doravante designados como "Consulado") poderá receber o requerimento.

No ato do requerimento, o Consulado procederá a identificação pessoal do requerente, portanto deverá ser realizado pessoalmente. Porém, será admitida a nomeação de um procurador em casos inevitáveis (não serão admitidos via postal).

2. Documentos necessários para o requerimento

No ato do requerimento é necessário apresentar o formulário de requerimento de certificação, parecer médico por escrito, relatório dos exames da doença a ser certificada, entre outros. Detalhes sobre os documentos necessários estão na pag. 3.

3. Sobre a análise

O Consulado procederá a confirmação da identificação pessoal e da suficiência dos documentos de requerimento apresentados.

Os requerimentos recebidos serão encaminhados ao Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-estar Social do Japão.

O Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-estar Social do Japão, com os documentos recebidos, procederá a análise de certificação da doença radioativa ouvindo opiniões de especialistas (Os detalhes sobre a análise estão na pag. 22.).

Outrossim, durante o processo da análise, poderá haver consultas diretamente ao requerente e/ou solicitação de apresentação de documentos adicionais referente à doença requerida.

4. Requerimento de Auxílio Especial para Tratamento Médico

Sendo deferido o certificado como Vítima de Bomba Atômica, o requerente receberá do Governador Provincial, do Prefeito Municipal de Hiroshima ou do Prefeito Municipal de Nagasaki, o Auxílio Especial para Tratamento Médico.

Para isto, é necessário que o Requerimento de Certificação de Doença Causada pela Bomba Atômica seja enviado ao Ministro da Saúde e do Trabalho do Japão, e, ao mesmo tempo, o Requerimento de Auxílio Especial para Tratamento Médico ao Governador Provincial, ou ao Prefeito Municipal de Hiroshima ou Nagasaki.

O requerimento de Auxílio Especial para Tratamento Médico poderá ser recebido também pelo Consulado.

Encaminhe este requerimento juntamente com o Requerimento de Certificação de Doença Causada pela Bomba Atômica.

Os detalhes sobre os documentos exigidos para o requerimento estão na pag. 3.

5. Dúvidas e esclarecimentos

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

Divisão de Assistência às Vítimas da Bomba Atômica da Administração Geral no Departamento de Saúde do Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-estar Social do Japão

Tel.: 81-3-5253-1111

FAX: 81-3-3502-3090

Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-estar Social do Japão

Índice

- O que é Sistema de Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica.....1
- Procedimentos para receber a Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica.....1
- Detalhes dos documentos 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 dos Formulários de Requerimento para Certificação de Doença Causada pela Bomba Atômica.....8-11
- Para as pessoas que pretendem requerer a Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica.....12-21
- Procedimentos da análise.....22
- Exemplo de Preenchimento dos Formulários de Requerimento para Certificação de Auxílio Especial para Tratamento Médico.....23-26
- Formulário de Solicitação para Depósito em Conta Bancária....27
- Declaração.....28
(Formulário de nomeação do procurador)
- Procuração.....29

1 O que é Sistema de Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica

Seria a certificação fornecida pelo Ministro da Saúde, Trabalho e Bem-estar Social do Japão às vítimas, que certifica o estado atual de necessidade de tratamento médico, devido à doença causada pela Bomba Atômica.

A Certificação da Doença causada pela Bomba Atômica é diferente da "Certificação de Vítima da Bomba Atômica" (emissão da Carteira de Saúde de Vítima da Bomba Atômica) e da Certificação de que ficou doente e não pode ser negada a influência da radiação causada pela Bomba Atômica (subsídio do Auxílio de Controle da Saúde).

A análise para certificação da Doença causada pela Bomba Atômica é baseada na "nova política de análise" (revisada em 16 de dezembro de 2013), realizando-se a análise na reunião de análises de especialistas, em relação à "radiação induzida" e "necessidade médica" da doença de requerimento.

Se o Ministro da Saúde, Trabalho e Bem-estar Social certificar a Doença causada pela Bomba Atômica, poderá receber o Subsídio do "Auxílio Especial para Tratamento Médico", da Prefeitura ou da Província. Além disso, após a cura dessa doença, poderá receber o subsídio do "Auxílio Especial". Para receber o subsídio do Auxílio Especial para Tratamento Médico, é necessário fazer o requerimento da Certificação do Auxílio Especial para Tratamento Médico à Província, Prefeitura de Hiroshima ou de Nagasaki, além do requerimento de certificação de Doença causada pela Bomba Atômica.

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

- (1) Prepare os documentos de requerimento para a Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica, e faça o requerimento pessoalmente no Consulado instalado na região onde reside. Apresente também os documentos de requerimento para Certificação de Auxílio Especial para Tratamento Médico, para receber o subsídio do Auxílio, para o caso de receber a certificação (veja a explicação dos documentos de requerimento na pag. 3).

* No ato do requerimento, o Consulado procederá a identificação pessoal do requerente, portanto deverá ser realizado pessoalmente. Porém, será admitida a nomeação de um procurador em casos inevitáveis (tenham cuidado pois não serão admitidos via postal.).

- (2) Os documentos de requerimento poderão ser entregues no Consulado instalado na região onde reside. Após o término da identificação pessoal, verificação de falta de preenchimento nos documentos necessários, etc., os documentos referentes à requisição da Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica serão enviados do Consulado ao Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-estar Social via Província, Prefeitura de Hiroshima ou de Nagasaki; e os documentos referentes à requisição da Certificação de Auxílio Especial para Tratamento Médico serão enviados às Províncias, Prefeitura de Hiroshima ou de Nagasaki para realização de análises.

Nesse processo de análise, poderá haver consultas ao próprio requerente ou ao médico responsável, ou haver solicitações de apresentação de documentações de exames hospitalares onde realizou tratamento médico no passado.

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

- (3) Na análise da Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica, são muito importantes as informações como, por exemplo, a distância desde o centro da explosão em que o requerente ficou exposto à bomba atômica, entre outras (as análises serão realizadas baseadas na data de ingresso à cidade residida e ao local indicados na Carteira de Saúde de Vítima da Bomba Atômica, quando foi emitida pela Província, Prefeitura de Hiroshima ou de Nagasaki.).

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

- (4) As análises para a Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica são realizadas ouvindo a opinião de especialistas, e requer um determinado período de tempo.

No entanto, caso receba a certificação para o subsídio de Auxílio Especial para Tratamento Médico, o subsídio será retroativo a partir do mês seguinte ao mês correspondente à data de requerimento; portanto, mesmo havendo atraso na análise, não haverá alteração no valor do subsídio. Contudo, caso esteja recebendo o subsídio do Auxílio para Controle da Saúde, receberá a diferença entre os subsídios recebidos do Auxílio para Controle da Saúde e do Auxílio Especial para Tratamento Médico.

(Ex.)

· Caso tenha requerido a Certificação de Doença Causada pela Bomba Atômica e a Certificação de Auxílio Especial para Tratamento Médico em abril de 2014: Após um determinado 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 2014.

3 Detalhes dos documentos de requerimento

Para o requerimento, será necessária a documentação para identificação pessoal, etc., documentos de requerimento para Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica e a documentos de requerimento para Certificação de Auxílio Especial para Tratamento Médico.

[Obs.] Destinatário do requerimento

○ O requerimento do Certificado de Doença causada pela Bomba Atômica, destinar para o Ministro da Saúde, Trabalho e Bem-estar Social.

○ O requerimento para Certificação de Auxílio Especial para Tratamento Médico:

· Caso esteja recebendo atualmente o subsídio de Auxílio para Controle da Saúde e outros:

→ Destinar ao Governador da Província, Prefeito de Hiroshima ou de Nagasaki, no qual esteja recebendo o subsídio

· Caso não esteja recebendo subsídio

→ Destinar ao Governador da Província, Prefeito de Hiroshima ou de Nagasaki, no 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, no qual recebeu a última emissão.

Documentos necessários para o requerimento para Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica e do Auxílio Especial para Tratamento Médico

[Documentos necessários para a identificação pessoal]

(1) Identidade com foto, dentro do prazo de validade, emitida pelo governo central ou governo regional do país residente ou outros certificados que permitam a identificação pessoal do requerente (original) e a cópia (duas vias)

Ex) Passaporte, Carteira de Habilitação, Cartão de Permanência, Autorização de Trabalho, Certificado de Visto Permanente, Certificado de Registro de Residente "Jumin Torokusho", etc.

Ou, um certificado emitido por órgão oficial, em princípio dentro de um mês após a emissão, que permita identificar o requerente (uma via) e a cópia (uma via)

Ex) Registro da Família ("Koseki Tohon"), Resumo do Registro da Família ("Koseki Shohon"), Certificado pelo Notário, Certificado de Aprovação do Status, Certificado de Residência, etc.

- (2) Caso não seja possível confirmar o endereço residencial atual do requerente com a identidade, apresentar um documento que permita confirmar o mesmo (uma via) e a cópia (uma via).

Ex) Cobrança de serviço público (ou recibo de água, luz, telefone, etc.), correspondência via postal destinado ao requerente, Certificado de Residência, Transcrição do Registro de Residente "Jumin Toroku Tohon", etc.

[Caso o procurador efetue o requerimento]

Além dos documentos do item (2) acima, serão necessários também os documentos listados abaixo:

- (a) Declaração do próprio requerente para explicar o motivo do não-comparecimento para efetuar o requerimento (uma via) e a cópia (uma via)
- (b) Procuração ao outorgante (uma via) e a cópia (uma via)
- (c) Documentos do item (1) acima referentes ao outorgante
- (d) Os certificados emitidos por um órgão oficial serão aceitos somente se emitidos dentro de um mês antes da data do requerimento, que permitam identificar o próprio requerente (uma via) e uma cópia (uma via)

* Preencha (a) e (b) em japonês ou inglês.

[Documentos para o requerimento da Doença Causada pela Bomba Atômica]

- (3) Formulário de requerimento da certificação (uma via) e uma cópia (uma via)
- (4) Parecer médico por escrito (uma via) e a cópia (uma via)
(* No caso de efetuar o requerimento para mais de uma doença ou a apresentação do parecer médico por escrito de várias instituições médicas, preparar uma via original e a cópia (uma via dos respectivos documentos)
- (5) Documentos anexos necessários para a análise (uma via da cópia da original)

* Para uma análise mais rápida, pedimos para anexar histórico médico atual no ato do requerimento, a base do diagnóstico e documentos que confirmam o conteúdo do tratamento médico atual, entre outros. Dependendo do tipo da doença ou ferimento a requerer, os documentos necessários diferem. Para mais detalhes, veja na pag. 13, mostre ao seu médico e peça a preparação dos documentos.

- * Em relação ao (3), preencha em princípio em japonês. Porém, o nome e o endereço local podem ser escritos na língua materna.
- * Em relação ao (4) e (5), em princípio em japonês ou inglês.
- * No caso do (3), (4) e (5) forem complicados para preencher em japonês ou inglês, poderão realizar o requerimento com o preenchimento na língua materna; porém, nesse caso, será traduzido uma vez no Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-estar Social, e com base nisso será realizada a análise. Portanto, pedimos a compreensão de que, ao apresentar nessa língua, levará mais tempo na análise do que no requerimento normal, e que através da tradução, existe também o risco da intenção do requerente não ser transmitido o suficiente através da tradução.

[Documentos para o requerimento do Auxílio Especial de Tratamento Médico]

(6) Formulário de Requerimento para Certificação do Auxílio Especial de Tratamento Médico (uma via) e a cópia (uma via)

- * No caso de requerer simultaneamente com o requerimento de Certificação de Doença causada pela Bomba Atômica, deixe em branco os itens do formulário "Certificação da Lei Artigo 11 Cláusula 1, sim/não", "Nome da doença ou ferimento", "Número da Certificação" e "Data da certificação".
- * No caso de requerer simultaneamente com o requerimento do Certificado de Doença causada pela Bomba Atômica, o Atestado Médico poderá ser facultativo.

(7) Carteira de Saúde de Vítima da Bomba Atômica (original) e a cópia da página que inclui o nome do requerente, endereço residencial, etc. (duas vias)

(8) Formulário de Solicitação para Depósito em Conta Bancária (uma via) e a cópia (uma via)

- * Preencha o Formulário de Solicitação para o Depósito em Conta Bancária em inglês, com letras maiúsculas.

(9) Caderneta bancária cujo titular é o próprio requerente (original) e a cópia (duas vias), ou o Certificado da Conta Bancária (uma via) e a cópia (uma via)

[Como obter os documentos de requerimento]

Obtenha os documentos dos diversos requerimentos no Consulado instalado na região onde reside ou pelo site do mesmo Consulado, ou do Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-estar Social.

(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/genbaku/index.html)

4 Comunicação do resultado

Em resultado à análise, caso seja certificada a Doença causada pela Bomba Atômica pelo Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-estar Social, serão enviados ao requerente o Certificado de Doença causada pela Bomba Atômica e o Certificado de Auxílio Especial para Tratamento Médico.

Por outro lado, em resultado à análise, caso não seja certificada a Doença causada pela Bomba Atômica, será comunicado este conteúdo ao requerente.

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

As pessoas certificadas com doença causada pela Bomba Atômica e estiverem recebendo o subsídio do Auxílio Especial para Tratamento Médico, terão de efetuar várias notificações. Além disso, quando houver cura na doença ou ferimento no qual recebeu a certificação, deverão efetuar a devolução do Certificado de Doença causada pela Bomba Atômica e o Certificado de Auxílio Especial para Tratamento Médico. Sendo assim, isto acarretará no cancelamento do subsídio de Auxílio Especial para Tratamento Médico.

(1) Quando houver cura na doença ou ferimento no qual recebeu a certificação, ou quando ocorrer o óbito do requerente

- O subsídio de Auxílio Especial para Tratamento Médico será concedido até o mês correspondente à data em que houve a cura da doença ou do ferimento no qual recebeu a certificação, ou quando ocorrer o óbito do requerente.
- Quando houver a cura da doença ou do ferimento no qual recebeu a certificação, o subsídio de Auxílio Especial para Tratamento Médico poderá ser substituído pelo Auxílio Especial.
- Haverá trâmites necessários para a devolução do Certificado de Doença causada pela Bomba Atômica e do Certificado de Auxílio Especial para Tratamento Médico. Entre em contato com a Província, ou Prefeitura de Hiroshima ou Nagasaki no qual esteja recebendo o subsídio de Auxílio Especial para Tratamento Médico e proceda conforme os trâmites necessários.

* Por exemplo, caso tenha recebido o subsídio do auxílio mesmo após o mês seguinte ao mês correspondente à data da cura da doença ou do ferimento, no qual recebeu a notificação, ou quando ocorrer o óbito do requerente, deverá proceder com a devolução do auxílio.

Além disso, é imprescindível que faça a notificação, pois se a pessoa que estiver recebendo o subsídio do auxílio vier a falecer, é possível requerer a Taxa Funerária.

(2) As pessoas que estiverem recebendo o subsídio de Auxílio Especial para Tratamento Médico deverão efetuar as seguintes notificações:

[Notificação da condição atual]

Todos os anos, no período entre o dia 1º ao 31 de maio, apresente a notificação à Província, Prefeitura de Hiroshima ou de Nagasaki, de onde esteja recebendo o subsídio, onde conste o nome, endereço residencial e a numeração do Certificado de Auxílio juntamente com um comprovante de órgão público para identificar do próprio (somente com data de emissão dentro de um mês anterior à data de requerimento).

Em relação aos detalhes dos trâmites, consulte a Província, Prefeitura de Hiroshima ou de Nagasaki, no qual recebe o subsídio.

- * Não haverá necessidade de apresentar, no ano em que o próximo dia 31 de maio corresponder dentro de um ano a partir dos requerimentos ou notificações a seguir:
 - 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 para a residência dentro do Japão
 - Notificação de alteração para a residência fora do Japão

[Notificação do Estado de Saúde]

A cada três anos passados a partir da data da requisição, no ano que corresponder à data limite entre os dias 1º a 31 de maio, apresente à Província, Prefeitura de Hiroshima ou de Nagasaki, no qual recebe o subsídio do auxílio, o nome, data de nascimento, sexo, endereço residencial e a numeração do Certificado de Auxílio, nome do Certificado de Doença ou Ferimento recebido pelo Ministro da Saúde, Trabalho e Bem-estar Social, mencionado na notificação juntamente com o atestado médico (Além disso, para a catarata de radiação, etc., apresente também durante o período compreendido entre o 1º dia até o último dia do mesmo mês, que inclui o mês em que passa um ano após a data do requerimento.).

Em relação aos detalhes dos trâmites, consulte a Província, Prefeitura de Hiroshima ou de Nagasaki, no qual recebe o subsídio.

Na falta de apresentação sem razão justificada da Notificação da Condição Atual e do Estado de Saúde, poderá ocasionar a suspensão do subsídio do auxílio. É imprescindível que faça a notificação.

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 cópia 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 as pessoas que pretendem requerer a Certificação de Doença Causada pela Bomba Atômica

Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-estar Social do Japão

Para a certificação da Doença causada pela Bomba Atômica, é necessário que a doença a ser requerida seja (1) Causada devido à radiação da bomba atômica, e confirmada que (2) Esteja no estado de tratamento médico atualmente. Para tornar ágil a divulgação do resultado da análise, na folha em anexo estão mencionados os documentos necessários (diferem de acordo com a doença requerida), portanto, na ocasião do requerimento, solicitamos que consulte o médico de uma instituição médica para apresentar os documentos necessários.

Porém, os documentos em anexo mencionam exemplos típicos. Solicitamos a compreensão, pois poderão ser solicitados documentos adicionais conforme as circunstâncias de cada requerente.

<Ao senhor Médico Responsável>

Em relação à análise para certificação de doença causada pela Bomba Atômica, a fim de confirmar o diagnóstico e o conteúdo do tratamento, é necessário apresentar os documentos indicados em anexo de acordo com cada doença de requerimento. Sendo assim, solicitamos a apresentação dos documentos preenchidos em anexo da lista (caso não haja, o motivo). Contamos com sua colaboração e compreensão em relação à apresentação dos documentos, para agilizarmos na análise. No entanto, solicitamos que os documentos não sejam as transcrições, e sim as cópias das originais.

Lista de documentos necessários para anexar no requerimento da certificação da Doença causada pela Bomba Atômica

Nome do requerente

Nome da doença de requerimento

Em relação ao requerimento de Certificação da Doença causada pela Bomba Atômica, a fim de completar as conclusões dos sintomas atuais do parecer médico por escrito, apresento os documentos necessários para a análise.

Ano Heisei	Mês	Dia
Nome da instituição médica		
Endereço da instituição médica		
Nome do médico		

Documentos necessários para o requerimento	Documentos anexos (circule uma das opções)	Motivo no caso de não anexar os documentos No caso de "Não", escreva o motivo. (Caso tenha realizado ou armazenado em outra instituição médica, o nome da instituição e do médico responsável)
(1) Documentos que revelam o histórico da doença atual	Sim / Não	
(2) Documentos que revelam a base de diagnóstico (* os documentos diferem de acordo com a doença de requerimento, portanto, verificar e preencher nos locais necessários entre (A) e (F))		
(A)	Sim / Não	
(B)	Sim / Não	
(C)	Sim / Não	
(D)	Sim / Não	
(E)	Sim / Não	
(F)	Sim / Não	
(3) Documentos que revelam o conteúdo específico do tratamento realizado atualmente	Sim / Não	
(4) Presença ou não dos fatores de risco, histórico de doença	Sim / Não	Caso haja, anexar os documentos relacionados ao conteúdo, situação, etc.

(Anexo)

Caso a doença de requerimento seja **Neoplasia ou outros Carcinomas Rígidos**

- (1) Documentos que revelam o histórico da doença atual (Carta de Apresentação, resumo, etc.)
- (2) Documentos que revelam a base de diagnóstico (Documentos de A a D abaixo)
 - A Caso tenha realizado exame histopatológico, os relatórios correspondentes
 - B Relatórios do diagnóstico por imagem (endoscopia, CT, PET, MRI, cintilografia óssea, etc.) (inclusive uma página das imagens relacionadas ao resultado.)
 - C Relatórios sobre o exame de sangue (marcadores tumorais, etc.)
 - D Caso tenha realizado cirurgia, tratamento de radiação, quimioterapia, etc., os relatórios correspondentes
- (3) Documentos que revelam o conteúdo específico do tratamento realizado atualmente (situação de administração de medicamento anticâncer, medicamento hormonal, etc.)
- (4) Documentos que revelam a presença ou não de fatores de risco suscetíveis de afetar a ocorrência de câncer, como o histórico de vida, histórico ocupacional, histórico de fumante, histórico de bebidas alcoólicas, etc. (caso haja fatores de

Caso a doença de requerimento seja leucemia, etc. (neoplasia maligna do tecido linfático, tecido hematopoiético e tecidos relacionados)

- (1) Documentos que revelam o histórico da doença atual (Carta de Apresentação, resumo, etc.)
- (2) Documentos que revelam a base de diagnóstico (Documentos de A a C abaixo)
 - A Caso tenha realizado exame histopatológico ou punção intraóssea, os relatórios correspondentes
 - B Caso tenha realizado exame de coloração especial, exame de traço da superfície celular, exame de cromossomos e testes genéticos, os relatórios correspondentes
 - C Outros relatórios que levam ao diagnóstico (proteína M, imunoglobulina, receptores solúveis em Inter leucina-2, anticorpo HTLV-1, diagnóstico por imagem (linfoma maligno), etc.)
- (3) Documentos que revelam o conteúdo específico do tratamento realizado atualmente

Caso a doença de requerimento seja **hiperparatireoidismo**

- (1) Documentos que revelam o histórico da doença atual (Carta de Apresentação, resumo, etc.)
- (2) Documentos que revelam a base de diagnóstico (Documentos de A a F abaixo)
 - A Documentos que revelam a presença ou não de sintomas subjetivos (Caso haja registro médico, o documento correspondente)
 - B Documentos que revelam a presença ou não de sintomas objetivos (osteoporose, cálculo, etc.) (caso haja sintomas objetivos, os relatórios dos exames, etc.)
 - C Relatórios do exame de PTH (melhor sendo valores PTH intactos.)
 - D Relatórios do exame que revelam o curso de tempo do Ca sérico e dos valores P
 - E Relatórios do diagnóstico por imagem (ultrassom, CT, cintilografia, etc.) (inclusive uma página das imagens relacionadas ao resultado.)
 - F Caso tenha realizado cirurgia, os relatórios de histopatologia e os relatórios dos valores PTH, Ca sérico e valores P pós-operatório
- (3) Documentos que revelam o conteúdo específico do tratamento realizado atualmente
- (4) Documentos para o diagnóstico de exclusão do hiperparatireoidismo secundário (caso tenha histórico com possibilidade de causar o hiperparatireoidismo secundário, os documentos relacionados ao conteúdo e situação (caso tenha relatórios dos exames da função renal de BUN, creatinina, etc., os documentos correspondentes))

Caso a doença de requerimento seja **infarto do miocárdio**

- (1) Documentos que revelam o histórico da doença atual (Documentos que revelam o curso clínico da fase aguda como Carta de Apresentação, resumo, etc.)
- (2) Documentos que revelam a base de diagnóstico (Documentos de A a E abaixo, relacionados aos sintomas, exames e tratamento da fase aguda)
 - A Registro e relatório do eletrocardiograma
 - B Relatório dos exames de sangue como a troponina, CK-MB, etc.
 - C Relatório da angiografia coronária, angiografia ventricular esquerda
 - D Relatório dos diagnósticos por imagem (exames de raio-X do peito, ultrassom cardíaco, cintilografia do miocárdio, etc.) (inclusive uma página das imagens relacionadas ao resultado.)
 - E Caso tenha realizado cirurgia de ponte de safena, angioplastia coronária, etc., os documentos que revelam a cirurgia correspondente
- (3) Documentos que revelam o conteúdo específico do tratamento realizado atualmente
- (4) Documentos que revelam a presença ou não de fatores de risco suscetíveis de afetar a ocorrência de infarto do miocárdio, como a hipertensão, hipercolesterolemia, histórico de metabolismo anormal de carboidratos, etc. (caso haja fatores de risco, os documentos que revelam o conteúdo e situação, etc. (resumo, etc.))

Caso a doença de requerimento seja **hipotireoidismo**

- (1) Documentos que revelam o histórico da doença atual (Carta de Apresentação, resumo, etc.)
- (2) Documentos que revelam a base de diagnóstico (Documentos de A a F abaixo relacionados aos exames e tratamentos iniciais do diagnóstico)
 - A Opinião do médico relacionado ao curso clínico antes e após o tratamento e às mudanças nos sintomas
 - B Relatórios dos exames de hormônio da tireóide antes e após o início do tratamento (documentos que revelam as mudanças de TSH, free-T4)
 - C Relatórios do teste anti-TPO (anticorpo peroxidase da tireóide)
 - D Relatórios do exame de anticorpos anti-tireoglobulina
 - E Relatórios do ultrassom da tireóide (inclusive a página das imagens relacionadas ao resultado.)
 - F Caso tenha realizado cirurgia, os documentos que revelam o resultado da cirurgia correspondente
- (3) Documentos que revelam o conteúdo específico do tratamento realizado atualmente (Documentos relacionados aos medicamentos utilizados no tratamento e a dosagem (preencher em unidade de microgramas, e não o número de comprimidos.))
- (4) Documentos para o diagnóstico de exclusão de hipotireoidismo secundário (Documentos que revelam a presença ou não de histórico com possibilidade de causar o hipotireoidismo secundário. Porém, caso tenha histórico, os documentos relacionados a esse conteúdo e situação)

Caso a doença de requerimento seja **hepatite crônica / cirrose hepática**

- (1) Documentos que revelam o histórico da doença atual (Carta de Apresentação, resumo, etc.)
 - (2) Documentos que revelam a base de diagnóstico (Documentos de A a D abaixo)
 - A Relatórios de exames realizados para buscar a causa, como marcadores virais, entre outros
 - B Relatórios dos exames de função hepática (AST (GOT) / ALT (GPT) / Alb / γ -GTP, etc.) (documentos que revelam o curso de tempo recente, de mais de um ano)
 - C Relatórios do diagnóstico por imagem (ultrassom, CT, etc.) (inclusive uma página das imagens relacionadas ao resultado.)
 - D Caso tenha realizado biópsia do fígado, os relatórios de histopatologia
 - (3) Documentos que revelam o conteúdo específico do tratamento realizado atualmente (Prescrição médica, registro médico, etc., que revelam o nome do medicamento utilizado no tratamento ou o conteúdo do tratamento como a dosagem, etc.)
 - (4) Documentos que revelam a presença ou não de fatores de risco suscetíveis de afetar a ocorrência de hepatite crônica, cirrose hepática, como o histórico de transfusão, histórico de tratamento tais como histórico cirúrgico, obesidade, histórico de bebidas alcoólicas, histórico de vida como de diabetes, indução de drogas, etc. (caso haja fatores de risco, os documentos que revelam o conteúdo e situação, etc.*)
- * Anexar documentos que revelam a presença ou não de obesidade (BMI (altura, peso)) e presença ou não de histórico de bebidas alcoólicas (Caso haja histórico de bebidas alcoólicas, a quantidade bebida por dia (ou por semana) e a quantidade de anos).

Caso a doença de requerimento seja **catarata de radiação (exceto a catarata relacionada com a idade.)**

- (1) Documentos que revelam o histórico da doença atual (Anexar o registro médico da primeira consulta e do ato do requerimento.)
- (2) Documentos que revelam a base de diagnóstico (Documentos de A a E abaixo. Porém, caso tenha realizado o implante de lente intraocular, anexar os documentos abaixo de A a E que revelam o estado anterior ao implante)
 - A Documentos que revelam o resultado do exame de vista (Documentos que evidenciam a acuidade visual atual do olho nu, a acuidade visual corrigida e a refração, etc.)
 - B Documentos que evidenciam a localização da opacidade da lente (Foto ou esboço, etc., do exame de lâmpada de fenda. Caso tenha opacificação inferior da cápsula posterior, concentrar no local correspondente.)
 - C Documentos que evidenciam o resultado do fundo ocular (foto ou esboço, etc.)
 - D Caso tenha realizado tomografia de coerência ótica (OCT), os documentos que revelam seu resultado
 - E Opinião médica relacionada ao grau de disfunção de vida (Ex.: não pode fazer compras, etc.)
- (3) Documentos que revelam o conteúdo específico do tratamento realizado atualmente (anexar também os documentos relacionados ao A e B.)
 - A Caso tenha previsão de cirurgia, os documentos que revelam claramente a data e horário (registro médico, etc.)
 - B Caso não tenha previsão de cirurgia, os documentos que revelam sua razão (registro médico, etc.)
- (4) Documentos que revelam a presença ou não de fatores de risco da catarata (diabetes, histórico de morbidade do hiperparatireoidismo, etc., histórico de tratamento com esteróides, etc.) (caso haja fatores de risco, os documentos que revelam o conteúdo e situação, etc. (resumo, etc.))

Caso a doença de requerimento sejam **outras**

- (1) Documentos que revelam o histórico da doença atual (Carta de Apresentação, resumo, etc.)
- (2) Documentos que revelam a base de diagnóstico (exame de sangue, diagnóstico por imagem, diagnóstico patológico, ou outros relatórios relacionados ao resultado do exame, etc.)
- (3) Documentos que revelam o conteúdo específico do tratamento realizado atualmente

Mecanismo de certificação da Doença causada pela Bomba Atômica através da nova política de análise

I Determinação da indução por radiação

1 Faixa certificada ativamente

(1) Tumores malignos (tais como Carcinomas Rígidos)
(2) Leucemia
(3) Hiperparatireoidismo

(1) Infarto do miocárdio
(2) Hipotireoidismo
(3) Hepatite crônica, cirrose hepática

Catarata de radiação
(exceto a catarata relacionada com a idade)

A) Pessoas que sofreram exposição com menos de 3,5 km do centro da explosão
B) Pessoas que entraram na cidade até depois de 100 horas do bombardeio, em localidade com menos de 2,0 km do centro da explosão
C) Pessoas que ficaram por mais de uma semana em localidade com menos de 2 km do centro da explosão, durante o período de 100 horas após o bombardeio até 2 semanas depois.

* Nos casos A, B e C, em princípio são certificados

A) Pessoas que sofreram exposição com menos de 2,0 km do centro da explosão
B) Pessoas que entraram na cidade até o dia seguinte, do bombardeio, em localidade com menos de 1,0 km do centro da explosão

Pessoas que sofreram exposição com menos de 1,5 km do centro da explosão

2 Determinação geral

No caso de requerimentos além dos casos correspondentes à "faixa certificada ativamente"

Determinação geral da causa

Serão considerados de forma geral a dose de exposição do requerente, o histórico de doenças, os fatores ambientais, o histórico de vida, etc.

Caso não corresponda

II Determinação da necessidade médica

Será determinado individualmente com base no estado da doença, se corresponde ou não no "estado em que necessita de tratamento médico"

Certificação

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 circulo 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.					
		Documentos anexos		1. Caso assinale um circulo no item 1 acima, anexe o atestado médico (para auxílio de saúde) referente à deficiência física.					
				2. Caso assinale um circulo 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				Data:
	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 Tiron <small>carimbo ou assinatura</small>		Data de Nascimento		Sexo													
Endereço escrito na Caderneta de Saúde da Vítima de Bomba Atômica (Hibakusha Kenko Techo)		Número <u>00</u>		Cidade <u>00</u> Bairro <u>00</u> Quadra <u>00</u>		Masc./Fem.													
Residência atual		Endereço		Rua Kensei, 1234 São Francisco, CA 911 A, Cod Postal 94000		Telefone													
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) determinada(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 hematopoiese</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 hematopoiese	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 hematopoiese	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(a) neto(a) 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				

• 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.

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	

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: _____