様式第十八号を次のように改める。

様式第十八号（第五十二条関係）

健康管理手当認定申請書

都道府県知事
殿
（広島市長　長崎市長）

令和　年　月　日提出

（ふりがな） 氏名		明治 大正　年　月　日生 昭和	男・女
居住地	郵便番号 電話番号　（　）	被爆者健康手帳の番号	

医療特別手当受給の有無	有・無	特別手当受給の有無	有・無
原子爆弾小頭症手当受給の有無	有・無	保健手当受給の有無	有・無

※ 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第27条第１項に規定する障害を伴う疾病について	障害名	1　造血機能障害 2　肝臓機能障害 3　細胞増殖機能障害 4　内分泌腺機能障害 5　脳血管障害 6　循環器機能障害 7　腎臓機能障害 8　水晶体混濁による視機能障害 9　呼吸器機能障害 10　運動器機能障害 11　潰瘍による消化器機能障害
	疾病名	

備考

記入上の注意

※の欄は該当するものに○印を付けてください。

添付書類

この申請書には、※の欄に記入した疾病についての原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第19条の規定による指定を受けた病院又は診療所の医師の診断書を添えてください。

（A列４番）