

# 被爆者健康手帳交付申請書

大分県知事

殿

令和 年 月 日

本 籍 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

ふりがな  
氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 明 大 昭 年 月 日 生

電 話 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

職業・勤務先 \_\_\_\_\_

※県記入欄

記号番号—
法 1 条—
距 離— km
入 市 日—
当時年齢— 歳

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第2条の規定により、被爆者健康手帳を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

## － 被 爆 当 時 の 状 況 －

広島市、長崎市に原子爆弾がおちた時にいた場所			
県	群 市	村 町	番地
			市内被爆の場合 爆心地から km
原爆投下後入り込んだ日 ※4日以内に爆心地方面へ 8月 日から 月 日まで 日間		場所（爆心地が一番近い場所）	
		目的	
※2週間以内に爆心地方面へ 8月 日から 月 日まで 日間		場所（爆心地が一番近い場所）	
		目的	
救護に従事した人 20年8月 日から 月 日まで		救護所の名称	
		従事した場所	
原爆投下時、胎児だった人は、母親の状況を書いてください			
母親の氏名 _____	母親の生死	健在	年 月 日死亡
被爆場所 _____	手帳の有無	記号	番号 無
当時の住所又は疎開先			
県	群 市	村 町	番地 ( 方)
被爆当時の職業		勤務先名称	
○印をしてください 軍隊、軍属、挺身隊、防空監視		公的証明の有・無	
徴用工員、消防団、医学生		罹災証明の有・無	
勤務場所			

－ 被爆当時の家族状況 －

(注) 被爆当時の家族は、生計を共にしていた人、例えば当時応召中、疎開中の人も含めて書いてください。

氏名	当時の年齢	続柄	原爆投下時いた所(市町村)	爆心地付近へ入り込んだ月日と場所	手帳番号	現住所(死亡の時はその年月日)
		本人		8月 日から 日間 町に入る	記号 番号	
				8月 日から 日間 町に入る	記号 番号	
				8月 日から 日間 町に入る	記号 番号	
				8月 日から 日間 町に入る	記号 番号	
				8月 日から 日間 町に入る	記号 番号	

※記入欄が足りない場合は別の紙に書いて、付けてください。

健康状況	屋内で被爆	屋外で被爆	被爆後6か月間に下記のような病気がありましたか
	木造家屋内 鉄板屋根工場内 コンクリート構造部内 防空壕内 その他	物陰あり  物陰なし	
	現在病院にかかっている場合の病名		
	現在病院にかかっていない場合 健康 不良 症状		

**申請の時に必ず読んでください。**

1. 申請者は申請人の自筆で、最後のページまでよく読んでから「質問」に答えてください。代筆の場合は、申請者の近親者であること。
2. 外国人は登録証をお持ちください。
3. 住民票をつけてください。
4. 当時の羅災証明書や公な機関発行の証明書、日記、手紙、写真等があればお持ちください。
5. 二人以上(三親等内の親族を除く)からの被爆証明をつけてください。  
無理な場合は、保健所にご相談ください。
6. 申請者が当時胎児であった場合は、その母親の行動を証明できるもの、胎児であったことを証明できる戸籍抄本を提出してください。

－長崎市、広島市内で被爆したときの状況－

- ・原子爆弾がおちたときいた場所

市 町 丁目 番地

勤務中の場合は勤務先の名称

- ・原子爆弾が落ちたとき、だれといましたか。

氏名

続柄

被爆した場所付近の略図  
(長崎、広島市内で被爆した場合のみ)

- ・原子爆弾がおちたとき、どこで何をしていましたか。

- ・原子爆弾がおちたとき、その日の「周囲のようす」をくわしく書いてください。

- ・原子爆弾がおちたとき、その日はどうしましたか（行動を書いてください）。

－原子爆弾がおちた後、爆心地方面に立入ったときの状況－

- ・原子爆弾がおちた日から入市するまでのあなたの行動をくわしく書いてください。  
(ただし、市外からの入市者だけ書いてください)

- ・原子爆弾がおちた後「何日の日に」「何のために」「どこを通過して」「どこまで」「なにで(徒歩、自転車など)」行きましたか。

・だれから災害の知らせを受けましたか（氏名、続柄、日時、場所など）

・だれと行きましたか（日ごとに氏名、続柄、当時の年齢、その人の原爆手帳の記号番号など）。

・その行く途中及び行った先の「ようす」または強く「印象」に残っていることを被害の大きかった付近からくわしく書いてください。



# 一被爆証明書一

大分県知事

殿

年 月 日

証明人の

現住所	_____
氏名	_____ 生年月日 年 月 日 (当時 才)
原爆手帳の記号・番号	_____ 被爆場所 町
被爆当時の住所	_____
当時の職業と勤務先	_____

私は、申請者の被爆について、次のとおり証明いたします。  
なお、証明内容については、事実と相違ないことを誓約いたします。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 被爆地 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 町 \_\_\_\_\_

証明人は被爆当時どんな関係で申請者を知っていましたか。

申請者が市内で被爆したことを証明する場合

証明人の被爆状況 (いつ、どこで、だれと、どのようにしていたとき)

原爆があった瞬間、申請者が市内で被爆したことについて証明することのできる理由

原爆投下後申請者が爆心地方面に立入ったことを証明する場合

証明人は原爆がおちてから、いつ、どこへ、何のために行きましたか

証明人はいつ、どこで、どのようにしているとき申請者とあいましたか、又その日時を覚えている事情

その時、申請者はだれと一緒にいましたか

## 被爆証明書を添付することが出来ない理由書

大分県知事

殿

住 所\_\_\_\_\_

氏 名\_\_\_\_\_

下記の理由によりほかに証明書を添付することが出来ませんので事情くみとりのうえ審査くださるようお願いいたします。

理由（くわしく書いてください）

代筆者住所

氏名

続柄

代筆の理由



# 未申請理由書

(該当欄に○印または記入してください)

氏名

1. 被爆者健康手帳を交付されることを知らなかったため
  - (1) 長崎、広島市内に居住していたが、入市者にも交付されることを知らなかったため
  - (2) 市外に居住していたため
  - (3) 長崎、広島市内に居住し、直接被爆であるが、被爆地点が遠距離で交付されることを知らなかったため
  - (4) その他(上記(1)、(2)、(3)以外の場合はこの欄に理由を書いてください)
  
2. 原爆被爆者であることを知られなくなかったため(この欄に○をつけた人は、このたび申請をした理由をつぎにより○印または記入してください)
  - (1) 自分が結婚したため
  - (2) 子供が結婚したため
  - (3) 病気になり必要となったため
  - (4) その他(上記(1)、(2)、(3)以外の場合は、この欄に理由を書いてください)
  
3. 健康保険に加入していたため
  
4. 健康であったため(この欄に○をつけた人は、このたび申請をした理由をつぎにより○印または記入してください)
  - (1) 病気になり必要となったため
  - (2) 将来の病気のことを考えたため
  - (3) その他(上記(1)、(2)以外の場合は、この欄に理由を書いてください)
  
5. 証人がはっきりしなかったため
  
6. その他(上記1から5までに該当項目がない場合は、この欄に申請しなかった理由を書いてください)

申 立 書

大分県知事

殿

住 所\_\_\_\_\_

氏 名\_\_\_\_\_

下記により事実を申立てますのでよろしく審査下さるようお願いいたします。

申立（くわしく書いてください）

年 月 日

代筆者住所

氏名

続柄

代筆の理由

## 誓 約 書

被爆者健康手帳の交付申請にあたり交付申請書に記載した内容は事実に相違ござ  
いません。

もし、事実に相違したことが判明した場合は、被爆者健康手帳の返納は勿論これ  
に伴う一切の責任をとることを誓約いたします。

年 月 日

住 所

氏 名

大分県知事

殿