様式第十三号(第四十四条関係)

特別手当認定申請書

福岡県知事　　殿

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 |  | | | 被爆者健康手帳の番号 | |  | |
| 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第11条第1項の認定に係る負傷又は疾病の名称、認定番号及び認定年月日 | 負傷又は疾病の名称 | | 認定番号 | | 認定年月日 | | |
|  | |  | | 令和　　年　　月　　日 | | |
| 医療特別手当受給の有無 | | 有・無 | 健康管理手当受給の有無 | | | | 有・無 |
| 保健手当受給の有無 | | 有・無 |  | | | | |
| 備考 | | | | | | | |

(A列4番)