

医療特別手当健康状況届

奈良県知事 殿

平成 年 月 日

ふりがな 氏名	----- 印	明治 大正 年 月 日生 昭和	男・女
居住地	〒 ☎ ()	医療特別手当 証書記号番号	
*原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第24条第2項の認定に係る負傷又は疾病の名称 (原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則第32条第2項の規定によりこの届書を提出する場合は、同項各号に掲げる負傷又は疾病に限る。)			
上記の負傷又は疾病の状態		別紙診断書のとおり	

添付書類

この届書には、*の欄に記入した負傷又は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12条1項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下さい。