別紙様式１

**被爆者定期一般検査交通手当支給申請書兼口座振替依頼書**

広　島　県　知　事　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日提出

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 明治  大正　　　 年　　月　　日生  昭和 | | 男・女 |
| 氏　名 | ㊞ | |
|
| 居住地 | 〒　　－　　　　電話（　　　）　　－ | | | 被爆者健康手帳又は  健康診断受診者証番号 | |
|
|  | |
| 受診時の交通費負担区分 | | 有　　①　交通機関 ( JR，電車，バス，船 ) 利用　　　　 ②　タクシー利用  　　 ③　自己又は家族所有の自動車，バイク等使用 　　　④　知人所有の自動車，バイク等利用による経費負担  無 | | | |
| 支払希望口座 | | □①手当受給口座  ※この手当は，健康管理手当等の認定申請書に記載された普通口座(手当受給口座)にお支払いします。  ※健康管理手当等の認定を受けていない方，又は手当受給口座以外を希望する方のみ，次の②に記入してください。  □②その他  (金融機関名)　　　　(店舗名)　　　　(口座番号(普通預金)) | | | |

**受　診　確　認　書**

上記の者については，原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づいて実施された

定期一般検査を受診したことを確認しました。

　 受診年月日　　令和　　　年　　　月　　　日

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称

　　　　　　　　　　　　　確認者　職　名

　　　　　　　　　　　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　 　印

※１　申請者本人の口座でないと入金できません。

　２　口座振替できる金融機関は，漁業協同組合を除いた金融機関です。

ゆうちょ銀行（郵便局）を希望される場合は，振込用口座を記入してください。

３　受診時の交通費負担区分が「無」の場合は，交通手当は支給されません。

支　給　額

円園　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円