医療手当支給申請書（令和　　年　　月分）

（様式第２１号）

広　島　県　知　事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 電話番号　　　　　（　　　） | | | | | |
| 健康管理手帳の　番　号 |  | | 医療手帳の  番　　　号 | |  | |
| 医療を受けた負傷又は疾病の名称 | |  | | | | |
| 上記の医療を受けた年月及びその日数 | | 令和　　　年　　　月（入院　　　日・入院外　　　　日） | | | | |

* この医療手当は，特別手当の支給の認定を受けた方が申請できます。

（証明欄：医療機関において記入（毒ガスに起因する疾病に係る通院日の該当する日を○で囲む）してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （　　）月  通院（ 　）日 | １  日 | ２  日 | ３  日 | ４  日 | ５  日 | ６  日 | ７  日 | ８  日 | ９  日 | 10  日 | 11  日 | 12  日 | 13  日 | 14  日 | 15  日 | 16  日 |
| 17  日 | 18  日 | 19  日 | 20  日 | 21  日 | 22  日 | 23  日 | 24  日 | 25  日 | 26  日 | 27  日 | 28  日 | 29  日 | 30  日 | 31  日 |  |
| 入　　　院 | 月　　　　　日から　　　　　月　　　　　日まで（　　　　）日間入院 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり，通院または入院による医療を行ったことを証明します。  　　　令和　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　在　　地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　確 認 者 氏 名 | | | | | | | | | | | | | | | | |

* この医療手当が支給される通院・入院とは，毒ガス障害者救済措置要綱に定まる指定医療機関において，

ガス障害の治療のために実施された医療が対象となります。