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。