

# 申請様式集

## ◆申請様式等一覧

① 転居等したとき	(様式 1-8)	被爆者健康手帳記載事項等変更届	21
	(様式 4-5)	被爆者各種手当証書記載事項変更届	22
	(様式 5-3)	口座振替変更依頼書	23
② 手帳の再交付申請	(様式 1-10)	被爆者健康手帳再交付申請書	24
	(様式 4-6)	手当証書再交付申請書	25
③ 医療費の請求	(様式 3-3)	一般疾病医療費支給申請書	26
	(様式 3-4)	一部負担金相当額支給申請書	27
④ 介護保険助成金の申請	(第 5 号様式)	介護保険利用被爆者助成金支給申請書	28
	(第 6 号様式)	老人ホーム入居被爆者助成金支給申請書	29
⑤ 訪問介護利用認定証の申請	(第 1 号様式)	訪問介護利用被爆者助成受給者資格認定証	30
⑥ 原爆症認定の申請	(様式 3-1)	認定申請書	31
	(様式 3-2)	意見書	32
	(3-2 資料)	記入上の注意(意見書を記入される医師の皆様へ):裏面あり	33
	(別紙)	原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表:裏面あり	35
⑦ 健康管理手当の申請	(様式 4-1)	医療特別手当認定申請書	51
	(様式 4-8)	健康管理手当認定申請書	52
	(様式 4-9)	診断書(健康管理手当用):裏面あり	53
	(4-9 資料)	健康管理手当の趣旨	55
⑧ 保健手当の申請	(4-9 資料)	厚生労働省で定める障害を伴う疾病一覧表(参考)	56
	(様式 4-11)	保険手当認定申請書	57
⑨ 介護手当の申請・請求	(様式 4-12)	診断書(保健手当用):裏面あり	58
	(様式 4-16・22)	介護手当支給・継続支給申請書:裏面あり	60
	(様式 4-17)	診断書(介護手当用):裏面あり	62
	(様式 4-21)	介護事実申立書	64
	(様式 4-18)	介護を必要とする証明書(入院した場合)	65
	(様式 4-20)	請求書(介護手当用)	66
		介護手当申請事項変更届	67
		介護従事明細書兼領収書(介護手当用)	68
⑩ 葬祭料の請求	(様式 4-23)	葬祭料支給申請書	69
	(様式 4-20)	請求書(葬祭料用)	70
		葬祭料申請に伴う手帳・証書紛失届	71
		同意書(喪主以外の方が葬祭料を申請する場合)	72

※別途、その他書類が必要となる場合があります。

# 被爆者健康手帳記載事項変更届

令和 年 月 日

京都府知事 様

住 所 〒

氏 名 男・女

生年月日 大・昭 年 月 日生

被爆者健康手帳番号

電 話 ( ) ー

下記のとおり届出します。

## 記

	変 更 前	変 更 後
ふりがな 氏 名		
居 住 地	〒	〒
送 付 先	〒	〒
変更年月日	令和 年 月 日	
変更理由		

※ 氏名変更の場合は戸籍抄本を、居住地変更の場合は住民票を、添付してください。

居住地は住民票どおり詳しく正確に書いてください。(例 ○○荘 ○号室 ○○方)

※ 変更後の欄は、変更のあった事項のみ書いてください。

※ 送付先は居住地以外を希望する場合のみ書いてください。

(作成：3.3)

## 被爆者各種手当証書記載事項変更届

令和 年 月 日

京都府知事 様

氏 名

生年月日 大・昭 年 月 日 生

被爆者健康手帳番号

手当証書の種類

医療特別手当 ・ 特別手当 ・ 健康管理手当 ・ 保健手当

住 所 〒

電話番号

下記のとおり届出します。

記

変更内容	変 更 前	変 更 後
変更年月日	令和 年 月 日	
変更理由		

添付書類: 変更内容の証拠となるもの。

(作成:3.3)

# 口座振替変更依頼書

令和 年 月 日

フリガナ

氏名

〒  
住所

電話番号

被爆者健康手帳番号

下記のとおり振替口座を変更してください。

## 記

※初めて届出する場合は変更後の欄に記入ください。

	変更前	変更後
金融機関名	銀行 (金庫)	銀行 (金庫)
支店名 (店番)	(本)支店 ( )	(本)支店 ( )
預金種別	普通 ・ 当座	普通 ・ 当座
口座番号		
(カタカナ) 口座名義		

※受給される被爆者本人の口座にしてください。

※**通帳の写し**(金融機関名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人氏名がわかるところ)を添付してください。

(作成:3.3)

## 被爆者健康手帳等再交付申請書

京都府知事様

氏名

住所〒

電話番号

下記のとおり再交付されたく申請します。

記

再交付を申請する書類	・ 被爆者健康手帳 手帳番号
	・ 健康診断受診者証 証書番号
再交付申請の理由	破損 ・ 汚損 ・ 紛失 ・ その他( )
上記理由の詳細	

## 誓 約 書

再交付申請にあたり再交付申請書に記載した内容は事実に相違ありません。

もし、事実に相違したことが判明した場合は、被爆者健康手帳等の返納はもちろん、これに伴う一切の責任をとることを誓約します。

令和 年 月 日

申請者氏名

添付書類: 理由が破損又は汚損の場合は、破損又は汚損した手帳・受診者証

注 意: 1 紛失した手帳・証書を発見したときは、速やかに返納してください。

2 新たな手帳・証書が交付されたときは、従来の手帳・証書は無効となります。

返 納 先: 管轄の保健所・京都市各区役所健康長寿推進課 経由

〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入る 京都府健康対策課

TEL. 075-451-8111(京都府庁代表) TEL.414-4736(直通) FAX.431-3970

(作成:03.3)

# 手当証書再交付申請書

令和 年 月 日

京都府知事 様

氏 名

被爆者健康手帳番号

住 所 〒

電話番号

下記のとおり手当証書を再交付されたく申請します。

## 記

再交付を申請する 手当証書	・ 医療特別手当証書	手帳番号
	・ 特別手当証書	証書番号
	・ 健康管理手当証書	証書番号
	・ 保健手当証書	証書番号
再交付 申請の理由	破損 ・ 汚損 ・ 紛失 ・ その他( )	

添付書類:理由が破損又は汚損の場合は、破損又は汚損した手当証書

注 意: 1 紛失した手当証書を発見したときは、速やかに返納してください。

2 新たな手当証書が交付されたときは、従来の手当証書は無効となります。

返 納 先:管轄の保健所・京都市各区役所健康長寿推進課 経由

〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入る 京都府健康対策課

TEL. 075-451-8111(京都府庁代表) TEL.414-4736(直通) FAX.431-3970

(作成:3.3)

## 一般疾病医療費支給申請書

ふりがな		生年月日	大正	年	月	日生								
氏名			昭和											
居住地	〒													
	電話													
負傷又は疾病の名称		医療に要した費用						円						
併用できる医療保険等の種類	健 保 国 保(一般・退職者) その他( ) 本人・扶養者	医療に要した費用のうち自己負担分						円						
被爆者健康手帳の 交付年月日及び番号	昭和 平成 令和	年	月	日	公費負担者番号	1	9	2	6	6	0	1	-	4
					公費負担医療の 受給者番号								-	
被爆者一般疾病医療 機関から医療を受ける ことができなかった 理由														
医療を受けた期間	平成 令和	年	月	日から	平成 令和	年	月	日まで	入院	日	外来	日		
医療を受けた機関の 名称及び所在地														
看護・移送等にあつて は、その期間・区間等														
支払希望機関	銀 行	支店	普通 ・ 当座	口座番号										
	信用金庫			フリガナ 口座名義										

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第18条の規定により、一般疾病医療費の支給を受けたく、関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

申請者氏名

京都府知事 様

(作成:2.11)



## 一部負担金相当額支給申請書

金額 \_\_\_\_\_ 円

上記の金額の支給を申請します。

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

原爆	公費負担番号	1	9	2	6	6	0	1	-	4
	公費負担医療の受給者番号								-	

後期 高齢者	保険者番号	3	9	2	6				-	
	被保険者番号								-	

※ 被爆者一般疾病医療機関から医療を受けることができなかった理由  
( \_\_\_\_\_ )

居住地

氏名

京都府知事 様

領 収 書									
金額 _____ 円									
外来	円(			月分)					
入院	円	平成 令和	年	月	日から	平成 令和	年	月	日まで ( 日間分)
		入院日	平成 令和	年	月	日			
上記の金額を領収いたしました。									
令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日									
医療機関の名称									
所在地									
氏名									

備考 ※の欄は、被爆者一般疾病医療機関以外の医療機関で受診した者のみ記入すること。

支払希望機関	銀行	支店	普通	口座番号	
	信用金庫		当座	フリガナ 口座名義	

上記の金融機関の口座に送金願います。

介護保険利用被爆者助成金支給申請書

ふりがな 申請者名 (被爆者名)		被爆者健康 手帳番号 (受給者番号)	-			
介護保険 保険者名称	市・町・村	介護保険 被保険者番号				
生年月日	大正・昭和	年	月	日生		
住 所	〒 (電話番号 - - )					
介護サービス種類	利 用 者 負 担 額					
		月 分	月 分	月 分		
訪問介護 (低所得者のみ対象)	円	円	円			
通所介護	円	円	円			
短期入所生活介護	円	円	円			
その他 ( )	円	円	円			
介護老人福祉 施設入所	施設サービス	円	円	円		
月 単 位 の 計	円	円	円	円		
申 請 金 額 (合計)	円					
支 給 決 定 額 (この欄は府が記入します。)	円					
令和 年 月 日						
京 都 府 知 事 様						
上記のとおり、京都府介護保険等利用被爆者助成事業実施要項に基づき、関係書類を添えて助成金の支給を申請します。						

※ この申請書に該当月分の領収書及び介護サービスの内容を記載した書類（サービス提供証明書）等を添付してください。

訪問介護利用の場合は、訪問介護利用者負担額減額認定書の写し又は訪問介護利用被爆者助成受給者資格認定書の写し等をあわせて添付してください。

※ 高額介護（居宅支援）サービス費の支援を受けている場合は、利用者負担額（合計）から支給額を差し引いて申請金額としてください。

振込口座（助成金を次の口座に振り込んでください。）

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農協	本・支店 出張所	普通 当座	口 座 番 号			
	ふりがな 口座名義人						

※ 申請者本人の名義にしてください。

申請者名と口座名義が異なる場合は委任状が必要です。

老人ホーム入所被爆者助成金支給申請書

ふりがな 申請者名 <small>(被爆者・扶養義務者名)</small>		被爆者健康 手帳番号 <small>(受給者番号)</small>									
生年月日	大正・昭和	年	月	日生							
住 所	〒 (電話番号 - - )										
入所施設名											
申請月数	(A)	月	日分	(平成 令和	年	月	日	～平成 令和	年	月	日分)
1ヶ月あたり費用負担額	月 分			月 分			月 分				
	円			円			円				
申請金額	円										
支給決定額 <small>(この欄は府が記入します。)</small>	円										
令和 年 月 日											
京 都 府 知 事 様											
上記のとおり、京都府介護保険等利用被爆者助成事業実施要項に基づき、関係書類を添えて助成金の支給を申請します。											

※ この申請書に該当月分の領収書を添付してください。

振込口座（助成金を次の口座に振り込んでください。）

口座振替 依頼欄	銀 行 信用金庫 農 協	本・支店 出張所	普通 当座	口 座 番 号
	ふりがな 口座名義人			

※ 申請者本人の名義にしてください。  
申請者名と口座名義が異なる場合は委任状が必要です。

訪問介護利用被爆者助成受給者資格認定申請書

令和 年 月 日

京都府知事 様

介護保険制度における訪問介護(旧介護予防訪問介護に相当するサービスを含む)に係る自己負担について、「京都府介護保険等利用被爆者助成事業実施要綱」に基づく助成金の支給を受けるため認定証交付を申請します。

なお、生計中心者の所得状況については、添付書類以外のものではありません。

1 申請者

ふりがな		
氏名		大正昭和 年 月 日生
住所	〒 (電話 - - )	
被爆者健康手帳番号(受給者番号)	介護保険保険者名称	介護保険被保険者番号
	市・町・村	

2 申請者(被爆者)の世帯の状況

生計中心者	氏名	申請者との続柄	生年月日	前年の所得税課税状況	同居別居	別居の場合 住所・電話番号
		本人	/	課税・非課税	/	/
				課税・非課税	同居・別居	(電話 - - )
				課税・非課税	同居・別居	(電話 - - )
				課税・非課税	同居・別居	(電話 - - )

- ※ 住民票に記載されている世帯員を全員記載してください。
- ※ 生計中心者欄は、該当する者に○をつけてください。
- ※ 前年の所得税課税状況及び同居・別居の欄は、該当するものを○で囲んでください。

※ 他制度の利用についての確認(該当するものを○で囲んでください。)

◆市町村発行の「訪問介護利用者負担額減額認定書」を所持している。 はい・いいえ

※ 税務関係機関等調査照会承諾欄

京都府知事 様

令和 年 月 日

私及び私の世帯に関する上記の記載内容、また、この申請に係る添付書類に関して、市町村及び税務関係機関へ調査、照会されることについて同意します。このことは私の世帯全員の同意を得ています。

申請者 住所  
氏名

※ 申請時には、必ず以下の書類を添付してください。

<生活保護受給世帯以外>

- ①住民票(世帯全員の記載があり、市町村長の証明印があるもの)
- ②生計中心者が所得税非課税であることがわかる「源泉徴収票(写し)」「所得税確定申告書(控)」等

<生活保護受給世帯>

- ①生活保護受給証明書

# 認定申請書

フリガナ			大正			
氏名			年	月	日生	
居住地	郵便番号 〒					被爆者健康手帳の番号
	住所					
	電話番号					負傷または疾病の名称
最初の被爆者健康手帳の取得府県市		1 京都府	2 他都道府県( )		3 不明	
		4 広島県	5 広島市	6 長崎県	7 長崎市	
被爆時の状況 (入市の状況を含む。) (※1)						
被爆直後の症状及びその後の健康状態の概要 (※2)						
医療の給付を受けようとする指定医療機関	医療機関の名称及び所在地 電話番号					
	訪問看護ステーション等の名称及び所在地 電話番号					

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律 第11条第1項の規定により、認定を受けたく、関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

申請者 氏名

厚生労働大臣 様

代筆の場合 代筆者 氏名

続柄( )

住所 〒

電話番号

- (※1) 被爆をした地点及びその周囲の状況について記載してください。  
被爆後の入市がある場合には、入市日、入市の時刻、入市経路及びその後の行動、滞在時間等を記載してください。  
なお、被爆者健康手帳の記載を参考に記載し、その写しを添付してください。
- (※2) 被爆直後の症状や被爆時以降現在までの健康状態の変化等について記載してください。  
医療を受けていたり様々な調査を受けていたことにより、客観的な資料がある場合には、併せて添付してください。

備考: 分量が多い場合には別紙で記載しても差し支えないこと。  
訪問看護ステーション等の名称及び所在地については、医療の給付を受けようとする指定医療機関が指定訪問介護事業者又は指定居宅サービス事業者(訪問介護)であるときのみ記入すること。

(作成:3.3)

# 意見書

令和      年      月      日 作成

被爆者の 氏名		大正 昭和		年		月		日		生
被爆者健康手帳の番号										
負傷または疾病の名称										
既往症 (※1)										
現症所見 (※2)										
当該負傷又は疾病に関する原子爆弾の放射能起因性等についての医師の意見及びその理由 (※3)										
必要な医療の内容及び期間 (※4)	内容									
	期間 (入院) (通院)									

医療機関の名称

所在地 〒

電話番号

よみがな

医師氏名

- (※1) 過去の病気及びその時期などについて、具体的な内容を記入してください。
- (※2) 現在の症状・所見及び診断の根拠、症状の履歴などについて、具体的な内容を記入してください。  
(認定審査に必要となる書類を別紙「記入上の注意」を参考に添付してください。)
- (※3) 放射線に起因すると考える場合には、その根拠を記入してください。  
なお、不明な場合には、特段の記載が無くとも結構です。
- (※4) 可能な限り詳細に記入してください。

(作成/1.4)

## 記入上の注意 (診断書を記入される医師の皆様へ) 原爆症認定の標準的な審査に必要となる書類

### 1 意見書への記載に関して

以下の内容を参考にしてください。

- ・「負傷または疾病の名称」欄は、「疾病、傷害及び死因の統計分類(ICD-10準拠)」など通常用いられる名称を記入
  - ・「現症所見」欄は、現在の症状、病歴、診断根拠、治療内容などについて、具体的な内容を記載。
  - ・「必要な医療の内容及び期間」欄は、申請疾病に対して必要な医療の内容を可能な限り詳細に記入。
- 手術を行う場合は手術の施行(予定)年月日及び術式名を。投薬等の場合には、投与量、投与期間など。

### 2 疾病群ごとに添付が必要となる検査成績を記載した書類の具体例

疾病群ごとに具体的に例示すると以下のとおりです。実施していない場合を除き、必要書類を添付してください。(写し可)  
ただし、個々の申請内容に応じて書類の追加が必要であると判断した場合には、別途、追加資料の提出をお願いすることもありますので御理解ください。

悪性新生物	固形がん等	①	現病歴が分かる書類(紹介状、サマリー等)
		②	病理組織検査の報告書
		③	画像診断等の報告書(内視鏡検査、CT、PET、MRI、骨シンチグラフィ等。所見に関する画像の頁を含む)
		④	血液検査(腫瘍マーカー等※)の報告書 ※前立腺がんの場合は、治療前・後のPSA値を含む
		⑤	現在の治療の具体的内容が分かる書類(抗がん剤、ホルモン剤等の投与状況等)
		⑥	生活歴、職業歴、喫煙歴、飲酒歴等発がんに影響を及ぼす可能性のある危険因子の有無、危険因子の内容、状況等が分かる書類(サマリー等)
	白血病等 (リンパ組織、造血組織 及び関連組織に関する もの)	①	現病歴が分かる書類(紹介状、サマリー等)
		②	病理組織検査、骨髄穿刺(骨髄像)の報告書
		③	特殊染色検査、細胞表面形質検査、染色体・遺伝子検査の報告書
		④	その他診断に結びつくM蛋白、免疫グロブリン、可溶性インターロイキン2レセプター、HTLV-1抗体、画像診断(悪性リンパ腫等)の検査報告書
		⑤	現在の治療の具体的内容が分かる書類
	副甲状腺機能亢進症	①	現病歴が分かる書類(紹介状、サマリー等)
②		治療前・後の自覚症状が分かる書類(カルテ等)	
③		他覚症状(骨粗しょう症、結石等)の有無、他覚症状に係る検査報告等に関する書類	
④		PTH検査の報告書(インタクトPTH値が好ましい)	
⑤		血清CaやP値の経時的推移が分かる検査報告書	
⑥		画像診断等の報告書(超音波、CT、シンチ等。所見に関する画像の頁を含む)	
⑦		病理組織検査報告書、術前・術後のPTH値、血清CaとP値の検査報告書(手術有の場合)	
⑧		現在の治療の具体的内容が分かる書類	
⑨		続発性副甲状腺機能亢進症の可能性がある場合は、その除外診断のための書類(BUN、クレアチニン等の腎機能検査の報告書など)	
心筋梗塞	①	現病歴が分かる書類(紹介状、サマリー等急性期の臨床経過がわかる書類)	
	②	心電図検査の記録及び報告書(急性期のものが望ましい)	
	③	トロポニン、CK-MB等の血液検査の報告書(急性期のものが望ましい)	
	④	冠動脈造影検査、左室造影検査の報告書	
	⑤	画像診断等の報告書(胸部X線検査、心臓超音波、心筋シンチグラフィ等。所見に関する画像の頁を含む)	
	⑥	冠動脈バイパス手術、経皮的冠動脈形成術等の手術等の所見が分かる書類	
	⑦	現在の治療の具体的内容が分かる書類(抗血小板薬等の薬剤名等)	
	⑧	高血圧、脂質異常症、糖代謝異常等の罹患歴、喫煙歴その他心筋梗塞の発症に影響を及ぼす可能性のある危険因子の有無、危険因子の内容、状況等が分かる書類(サマリー等)	

甲状腺機能低下症	①	現病歴が分かる書類(紹介状、サマリー等)
	②	治療前後の臨床経過及び症状の推移に関する医師の意見が分かる書類
	③	治療開始前、開始後の甲状腺ホルモン検査の報告書(TSH、freeT4の推移がわかる資料)
	④	抗TPO抗体(甲状腺ペルオキシターゼ抗体)検査の報告書
	⑤	抗サイログロブリン抗体検査の報告書
	⑥	甲状腺超音波検査の報告書(所見に関する画像の頁を含む)
	⑦	手術を実施している場合は手術の所見が分かる書類
	⑧	現在の治療の具体的内容が分かる書類(治療に用いる薬剤名と投薬量(錠数ではなくマイクログラム単位で記載のこと))
	⑨	続発性副甲状腺機能低下症の可能性がある場合は、その除外診断に必要な書類(既往歴の有無や既往歴の内容、状況など)
慢性肝炎・肝硬変	①	現病歴が分かる書類(紹介状、サマリー等)
	②	ウイルスマーカー、その他原因検索の検査(自己抗体、 $\gamma$ グロブリン等)の報告書
	③	肝機能検査(AST(GOT)/ALT(GPT)/Alb/ $\gamma$ -GTP等)等の報告書(最近1年以上の経時的推移がわかる書類)
	④	画像診断等の報告書(超音波、CT等。所見に関する画像の頁を含む)
	⑤	病理組織検査の報告書(肝生検実施の場合)
	⑥	現在の治療の具体的内容が分かる書類(治療に用いる薬剤名と投薬量等が分かるもの)
	⑦	輸血歴、手術歴等の治療歴、肥満(BMI)、飲酒歴(飲酒量及び年数)、糖尿病等の生活歴、薬剤性その他慢性肝炎・肝硬変の発生に影響を及ぼす可能性のある危険因子の有無、危険因子の内容、状況等が分かる書類
放射線白内障	①	現病歴が分かる書類(初診時と申請時のカルテを添付)
	②	視力検査結果が分かる資料(現在の裸眼視力、矯正視力及び屈折等などが明らかになるようにしてください) ※眼内レンズ挿入術後は、術前・術後の検査結果
	③	細隙灯顕微鏡検査の写真又はスケッチ等(水晶体の混濁の位置が明確になるようにしてください。後囊下混濁がある場合は、当該箇所を焦点を当ててください。) (撮影設備がない場合は他の医療機関で撮影してください) ※眼内レンズ挿入術後は、術前の検査結果
	④	眼底所見が明らかになる書類(写真又はスケッチ等) ※眼内レンズ挿入術後は、術後の検査結果
	⑤	光干渉断層計(OCT)の検査報告書
	⑥	生活機能障害の程度に関する医師の意見(例: 買い物ができない等)
	⑦	現在の治療の具体的内容が分かる書類 ※具体的な手術予定日が分かる書類、手術予定がない場合はその理由が分かる書類(カルテ等)添付してください。
	⑧	白内障の危険因子(糖尿病、副甲状腺機能亢進症等の罹患歴、ステロイド治療歴その他)の有無、危険因子の内容、状況等が分かる資料(サマリー等)
その他の疾病等	①	現病歴が分かる書類(紹介状、サマリー等)
	②	診断根拠が分かる資料(血液検査、画像診断、病理診断又はその他検査結果の報告書等)
	③	現在の治療の具体的内容が分かる書類

京都府 健康福祉部健康対策課(電話075-414-4736) (作成R3.3)



**固形がん等の悪性新生物**を申請疾病とする場合

原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 \_\_\_\_\_

申請疾病名 \_\_\_\_\_

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

令和 年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 (必ずどちらかに○)	書類が添付されていない場合の理由等 <u>「なし」の場合は理由をお書きください。</u> (他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
① 現病歴が分かる書類 (紹介状、サマリー等)	あり・なし	
② 診断根拠が分かる書類 (検査報告書)		
(ア) 病理組織検査	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(イ) 画像診断等※ ※内視鏡検査、CT、PET、MRI、骨シンチグラフィ等で所見に関する画像の頁を含む	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(ウ) 血液検査 (腫瘍マーカー※等) ※前立腺がんの場合は、治療前・後のPSA値	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
③ 治療内容が分かる書類 (手術、内視鏡治療、放射線治療、化学療法、ホルモン療法等※)		※化学療法、ホルモン療法については、薬剤名も
(ア) 診断確定後の治療	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(イ) 現在の治療	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
④ 生活歴、職業歴、喫煙歴、飲酒歴等発がんに影響を及ぼす可能性のある危険因子の有無が分かる書類 (危険因子が有る場合は、内容、状況等が分かる書類 (サマリー等))	あり・なし	

※裏面もご確認ください。

◎ 「添付書類の有無」欄

申請に必要な書類の有無について、「あり・なし」必ずどちらかに○をご記入下さい。

◎ 「書類が添付されていない場合の理由等」欄

- (1) 必要書類が添付できない場合は、その理由をご記入ください  
ますようお願いいたします。
- (2) 必要書類が他の医療機関で保管されている場合には、恐れ入  
りますが、その医療機関名と主治医名をご教示下さい。

**白血病等（リンパ組織、造血組織及び関連組織の悪性新生物）**を申請疾病とする場合

## 原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 \_\_\_\_\_

申請疾病名 \_\_\_\_\_

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

令和 年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 (必ずどちらかに○)	書類が添付されていない場合の理由等 「なし」の場合は理由をお書きください。 (他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
① 現病歴が分かる書類（紹介状、サマリー等）	あり・なし	
② 診断根拠が分かる書類（検査報告書）		
(ア) 骨髓像・骨髓生検・リンパ節生検		
	骨髓像：あり・なし（未実施・実施したが報告書なし） 骨髓生検：あり・なし（未実施・実施したが報告書なし） リンパ節生検：あり・なし（未実施・実施したが報告書なし）	
(イ) フロサイトメトリー（FCM）・染色体検査・遺伝子検査		
	FCM：あり・なし（未実施・実施したが報告書なし） 染色体検査：あり・なし（未実施・実施したが報告書なし） 遺伝子検査：あり・なし（未実施・実施したが報告書なし）	
(ウ) その他診断に結びつく検査（複数回の末梢血血算値、M蛋白、免疫グロブリン、可溶性インターロイキン2レセプター、HTLV-1抗体、画像診断（悪性リンパ腫）等）		
	あり・なし（未実施・実施したが報告書なし）	
③ 診断確定後および現在の治療内容が分かる書類*		
※化学療法、ホルモン療法については、薬剤名も 輸血については頻度も		
	あり・なし（未実施・実施したが報告書なし）	

※裏面もご確認ください。

◎ 「添付書類の有無」欄

申請に必要な書類の有無について、「あり・なし」必ずどちらかに○をご記入下さい。

◎ 「書類が添付されていない場合の理由等」欄

- (1) 必要書類が添付できない場合は、その理由をご記入くださいますようお願いいたします。
- (2) 必要書類が他の医療機関で保管されている場合には、恐れ入りますが、その医療機関名と主治医名をご教示下さい。

**副甲状腺機能亢進症**を申請疾病とする場合

## 原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 \_\_\_\_\_

申請疾病名 \_\_\_\_\_

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

令和 年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 (必ずどちらかに○)	書類が添付されていない場合の理由等 「なし」の場合は理由をお書きください。 (他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
① 現病歴が分かる書類 (紹介状、サマリー等)	あり・なし	
② 診断根拠が分かる書類 (検査報告書等)		
(ア) 治療前・後の自覚症状の有無 (カルテ等)	あり・なし	
(イ) 骨粗しょう症、結石等の他覚症状の有無 (検査報告等)	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(ウ) インタクトPTH、血清Ca、P、BUN、Cr、eGFR値の経時的推移 ※手術を行った場合は、術前および術後	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(エ) 画像診断※ ※超音波、CT、シンチグラフィ等で所見に関する画像の頁を含む	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(オ) 手術、病理組織検査	手術：あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) 病理：あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
③ 現在の治療の具体的内容が分かる書類	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	

※裏面もご確認ください。

◎ 「添付書類の有無」欄

申請に必要な書類の有無について、「あり・なし」必ずどちらかに○をご記入下さい。

◎ 「書類が添付されていない場合の理由等」欄

- (1) 必要書類が添付できない場合は、その理由をご記入ください  
ますようお願いいたします。
- (2) 必要書類が他の医療機関で保管されている場合には、恐れ入  
りますが、その医療機関名と主治医名をご教示下さい。

**心筋梗塞**を申請疾病とする場合

## 原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 \_\_\_\_\_

申請疾病名 \_\_\_\_\_

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

令和 年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 (必ずどちらかに○)	書類が添付されていない場合の理由等 「なし」の場合は理由をお書きください。 (他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
① 現病歴が分かる書類 (紹介状、サマリー等)	あり・なし	
② 診断根拠が分かる書類 (検査報告書等)		
(ア) 心電図 (急性期のものが望ましい)	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(イ) トロポニン、CK-MB等の血液検査 (急性期のものが望ましい)	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(ウ) 冠動脈造影、左室造影	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(エ) 画像診断等* ※心臓超音波、心筋シンチグラフィ等で所見に関する画像の頁を含む	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(オ) 冠動脈バイパス手術、経皮的冠動脈形成術等の実施記録	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
③ 現在の治療の具体的内容が分かる書類 (抗血小板薬等の薬剤名等)	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
④ 既往歴、生活歴、喫煙歴等心筋梗塞の発症に影響を及ぼす可能性のある危険因子の有無が分かる書類 (危険因子が有る場合は、内容、状況等が分かる書類 (サマリー等))	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	

※裏面もご確認ください。

◎ 「添付書類の有無」欄

申請に必要な書類の有無について、「あり・なし」必ずどちらかに○をご記入下さい。

◎ 「書類が添付されていない場合の理由等」欄

- (1) 必要書類が添付できない場合は、その理由をご記入ください  
ますようお願いいたします。
- (2) 必要書類が他の医療機関で保管されている場合には、恐れ入  
りますが、その医療機関名と主治医名をご教示下さい。



## 甲状腺機能低下症を申請疾病とする場合

### 原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 \_\_\_\_\_

申請疾病名 \_\_\_\_\_

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

令和 年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 (必ずどちらかに○)	書類が添付されていない場合の理由等 「なし」の場合は理由をお書きください。 (他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
① 現病歴が分かる書類（紹介状、サマリー等）	あり・なし	
② 診断根拠が分かる書類（検査報告書等）		
(ア) 治療前・後の臨床症状の推移及び診断治療に至った医師の意見	治療前の臨床症状が分かる記録：あり・なし 治療後の臨床症状が分かる記録：あり・なし 診断・治療に至った医師の意見：あり・なし	
(イ) 治療前・後の甲状腺関連ホルモン値（TSH、FT4）の推移 ※必ず基準値を明記すること、複数回測定している治療前のTSH値はすべて提示すること	治療前：あり・なし(未実施・実施したが報告書なし) 治療後：あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(ウ) 抗TPO抗体及び抗サイログロブリン抗体	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(エ) 甲状腺超音波検査（所見に関する画像の頁を含む）	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
③ 現在の治療の具体的内容が分かる書類（薬剤名および投薬量がマイクログラム単位で分かる書類）	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
④ 甲状腺を含む手術歴や放射線治療等の既往歴があれば、それについての記載・書類	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	

※裏面もご確認ください。

◎ 「添付書類の有無」欄

申請に必要な書類の有無について、「あり・なし」必ずどちらかに○をご記入下さい。

◎ 「書類が添付されていない場合の理由等」欄

- (1) 必要書類が添付できない場合は、その理由をご記入ください  
ますようお願いいたします。
- (2) 必要書類が他の医療機関で保管されている場合には、恐れ入  
りますが、その医療機関名と主治医名をご教示下さい。

**慢性肝炎・肝硬変**を申請疾病とする場合

## 原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 \_\_\_\_\_

申請疾病名 \_\_\_\_\_

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

令和 年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 (必ずどちらかに○)	書類が添付されていない場合の理由等 「なし」の場合は理由をお書きください。 (他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
① 現病歴が分かる書類（紹介状、サマリー等）		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
② 診断根拠が分かる書類（検査報告書等）		
(ア) ウイルスマーカー、その他原因検索として行った検査（自己抗体、 $\gamma$ グロブリン等）		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(イ) 肝機能検査（AST(GOT)/ALT(GPT)/Alb/ $\gamma$ -GTP等、最近1年以上の推移を含む）		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(ウ) 画像診断（超音波、CT等）（所見に関する画像の頁を含む）		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(エ) 肝生検を行った場合は、病理組織検査		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
③ 現在の治療の具体的内容が分かる書類（抗ウイルス薬等の薬剤名、投与状況等）		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
④ 輸血歴、手術歴等の治療歴、肥満（BMI）、飲酒歴（飲酒量及び年数）、糖尿病等の生活歴、薬剤性その他慢性肝炎・肝硬変の発生に影響を及ぼす可能性のある危険因子の分かる書類		
	あり・なし	

※裏面もご確認ください。

◎ 「添付書類の有無」欄

申請に必要な書類の有無について、「あり・なし」必ずどちらかに○をご記入下さい。

◎ 「書類が添付されていない場合の理由等」欄

- (1) 必要書類が添付できない場合は、その理由をご記入ください  
ますようお願いいたします。
- (2) 必要書類が他の医療機関で保管されている場合には、恐れ入  
りますが、その医療機関名と主治医名をご教示下さい。

**放射線白内障（加齢性白内障を除く）**を申請疾病とする場合

## 原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 \_\_\_\_\_

申請疾病名 \_\_\_\_\_

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

令和 年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 (必ずどちらかに○)	書類が添付されていない場合の理由等 「なし」の場合は理由をお書きください。 (他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
① 病歴が分かる書類（初診時カルテ及び申請時カルテ）	※視力の推移を確認できること	
	あり・なし	
② 診断根拠が分かる書類（検査報告書等）		
(ア) 視力（現在の裸眼視力、矯正視力及び屈折等） ※眼内レンズ挿入術後は、術前・術後の検査結果		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(イ) 水晶体の混濁位置（細隙灯顕微鏡検査の写真又はスケッチ等） (後囊下混濁を認める場合は、当該箇所に焦点を当てること) ※眼内レンズ挿入術後は、術前の検査結果		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(ウ) 眼底所見（写真又はスケッチ等）	※眼内レンズ挿入術後は、術後の検査結果	
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(エ) 光干渉断層計（OCT）所見	※眼内レンズ挿入術後は、術後の検査結果	
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(オ) 生活機能障害の程度に関する医師の意見（例：買い物ができない等）		
	あり・なし	
③ 現在の治療の具体的内容が分かる書類、具体的な手術予定日が分かる書類 ※手術予定がない場合は、その理由が分かる書類（カルテ等）も添付すること		
	あり・なし	
④ 白内障の危険因子*の内容、状況が分かる書類	※糖尿病、副甲状腺機能亢進症等の罹患歴、ステロイド治療歴等	
	あり・なし	

※裏面もご確認ください。

◎ 「添付書類の有無」欄

申請に必要な書類の有無について、「あり・なし」必ずどちらかに○をご記入下さい。

◎ 「書類が添付されていない場合の理由等」欄

- (1) 必要書類が添付できない場合は、その理由をご記入ください  
ますようお願いいたします。
- (2) 必要書類が他の医療機関で保管されている場合には、恐れ入  
りますが、その医療機関名と主治医名をご教示下さい。

**その他の疾患**を申請疾病とする場合

## 原爆症認定申請の添付書類の確認のための一覧表

申請者氏名 \_\_\_\_\_

申請疾病名 \_\_\_\_\_

上記の申請者に係る原爆症認定申請について、意見書の現症所見を補足するための書類の有無を以下の通り確認しました。

令和 年 月 日
医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

申請に必要な書類	添付書類の有無 (必ずどちらかに○)	書類が添付されていない場合の理由等 「なし」の場合は理由をお書きください。 (他の医療機関で実施又は保管している場合は、その医療機関名・主治医名)
① 現病歴が分かる書類（紹介状、サマリー等） ※現在の臨床症状（現症）が確認できること		
	あり・なし	
② 診断根拠が分かる書類（検査報告書等）		
(ア) 血液検査		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(イ) 画像診断（超音波、CT、MRI等で所見に関する画像の頁を含む）		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(ウ) 病理診断		
	あり・なし(未実施・実施したが報告書なし)	
(エ) その他検査結果等書（例：ケロイド・癬痕の臨床写真等）		
	あり・なし	
③ 現在の治療の具体的内容が分かる書類		
	あり・なし	

※裏面もご確認ください。

◎ 「添付書類の有無」欄

申請に必要な書類の有無について、「あり・なし」必ずどちらかに○をご記入下さい。

◎ 「書類が添付されていない場合の理由等」欄

- (1) 必要書類が添付できない場合は、その理由をご記入ください  
ますようお願いいたします。
- (2) 必要書類が他の医療機関で保管されている場合には、恐れ入  
りますが、その医療機関名と主治医名をご教示下さい。



# 医療特別手当認定申請書

京都府知事 様

令和 年 月 日 提出

フリガナ			大正			
氏名			昭和	年	月	日生
居住地	郵便番号	〒				
	住所					
	電話番号					
※ 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または疾病の名称、認定番号及び認定年月日	負傷または疾病の名称				認定番号	
					認定年月日	
					令和 年 月 日	
上記の負傷又は疾病の状態	別紙診断書のとおり					
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						

**添付書類**

この申請書には、次の書類を添えてください。

※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条第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。

<注:ただし、厚生労働大臣に認定被爆者申請中の者が医療特別手当を申請するときは、診断書を省略することができる。>

(作成:3.3)

## 健康管理手当認定申請書

京 都 府 知 事 様

令 和 年 月 日 提 出

フリガナ				大正	年	月	日		
氏名				昭和	年	月	日	生	
居住地	郵便番号 〒								
	住所								
	電話番号								
被爆者健康手帳の番号									
医療特別手当受給の有無				有・無		特別手当受給の有無		有・無	
原子爆弾小頭症手当受給の有無				有・無		保健手当受給の有無		有・無	
※ 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第27条第1項に規定する障害を伴う疾病について	障 害 名	1	造血機能障害	7	<small>シン</small>	腎臓機能障害			
	2	肝臓機能障害	8	水晶体混濁による視機能障害					
3	細胞増殖機能障害	9	呼吸器機能障害						
4	内分泌腺機能障害	10	運動器機能障害						
5	脳血管障害	11	<small>カイヨウ</small>	潰瘍による消化器機能障害					
6	循環器機能障害								
疾病名									
備考									

記入上の注意

※の欄は該当するものに○印をつけてください。

添付書類

この申請書には、※の欄に記入した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19条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ください。

# 診断書 (健康管理手当)

表面

氏名				生年月日	大正 昭和	年	月	日生	男・女
居住地									
※1 障害の種類	1.	造血機能障害	4.	内分泌線機能障害	7.	腎臓機能障害	10.	運動器機能障害	
	2.	肝臓機能障害	5.	脳血管障害	8.	水晶体混濁による機能障害	11.	潰瘍による消化器機能障害	
	3.	細胞増殖機能障害	6.	循環器機能障害	9.	呼吸器機能障害			
※2 上欄の障害を伴う疾病の名称									
上記の疾病が、感染症、寄生虫病、先天異常、中等等である場合、又は、労働災害、不慮の事故によるものである場合等、原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである場合は、その旨の意見									
※2 の欄の疾病に係る病状が固定化しているかどうかについての意見				1 固定化している 2 固定化していない (※2の欄の疾病により今後医療を必要とする期間は、 年 か月間の見込み)					
※3 現症 1.理学的検査									
心音				腹部					
肺野				運動器					
※3 現症 2.臨床病理学的検査									
血液検査 (年 月 日)	末梢血液	血色素量	g/dl	赤血球数	× 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	網赤血球	%	白血球数	/mm <sup>3</sup>
		顆粒球数	/mm <sup>3</sup>	病的細胞	%	血小板数	× 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>		
		血清鉄	μ g/dl	血清カルシウム	mg/dl				
肝機能検査 (年 月 日)	髄液	有核細胞数	× 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	巨核球数	/mm <sup>3</sup>	リンパ球	%	E/M	
		血清総蛋白	g/dl	AST	IU/l	γ-GTP	IU/l		
		A/G比		ALT	IU/l				
		ビリルビン	mg/dl	LDH	IU/l	ICG(15分値)	%		
ヘモグロビンA1c %									
尿検査 (年 月 日)	混濁				蛋白	1 陽性 2 陰性			
	糖	1 陽性 2 陰性			ウロビリノーゲン	1 増加 2 正常 3 減少			
糞便潜血反応検査 (年 月 日) (法) 1 陽性 2 陰性									
腎機能検査 (年 月 日) PSP(15分値) % 濃縮試験最高尿比重									
基礎代謝測定 (年 月 日)									
血糖測定 (年 月 日) 空腹時 mg/dl 糖付加試験 (g) 負荷前 mg/dl 後60分 mg/dl 後120分 mg/dl									
肺機能検査 (年 月 日) 肺活量 c.c. 一秒率 %									
組織病理診断 (年 月 日) 組織名 ( )									
血圧測定 (年 月 日) 最大 mmHg 最小 mmHg									
※3 現症 3.その他の検査									
× 線 検査	胸部(年 月 日)(肺または心臓)			腹部(年 月 日)			運動器(年 月 日)		
心電図 (年 月 日) ST変化 T変化 不整脈 その他									
内視鏡検査 (年 月 日) 組織名 ( )									
眼科学的検査 (年 月 日) 水晶体混濁の有無 有・無 視力 右( ) 左( ) 水晶体混濁の性状									
(年 月 日) 水晶体混濁の発生に関し特記すべき事項 白内障手術 年 月									
神経機能検査 (年 月 日) 四肢の麻痺 有・無 言語障害 有・無 その他									
その他特記すべき事項									
以上のとおり診断します。 令和 年 月 日				医療の機関名 所在地 〒 電話番号 よみがな 医師氏名			診断書作成にあたり、 別添「記入上の注意」「疾病一覧表」を 参考にしてください。 京都府 健康福祉部健康対策課 (電話075-414-4736)		

記入上の注意

- 1 この診断書は、健康管理手当の受給資格の認定について、厚生労働省で定める障害(※1の欄の障害)を伴う疾病にかかっているかどうかを証明するものであり、当該疾病が原子爆弾の放射能の影響によるものではないことが明らかかな場合は健康管理手当は支給されません。
- 2 健康管理手当に係る障害は、通例、日常生活において何らかの支障を生ずる程度のものであり、対象疾病は、次に掲げるものです。
  - (1) 造血機能障害を伴う疾病(再生不良性貧血、鉄欠乏性貧血がその主なものです。)
  - (2) 肝臓機能障害を伴う疾病(肝硬変がその主なものです。)
  - (3) 細胞増殖機能障害を伴う疾病(悪性新生物がその主なものです。)
  - (4) 内分泌腺機能障害を伴う疾病(糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症がその主なものです。)
  - (5) 脳血管障害を伴う疾病(くも膜下出血、脳出血、脳梗塞がその主なものです。)
  - (6) 循環器機能障害を伴う疾病(高血圧性心疾患、慢性虚血性心疾患がその主なものです。)
  - (7) 腎機能障害を伴う疾病(ネフローゼ症候群、慢性腎炎、慢性腎不全、慢性糸球体腎炎がその主なものです。)
  - (8) 水晶体混濁による視機能障害を伴う疾病(白内障のことです。)
  - (9) 呼吸器機能障害を伴う疾病(肺気腫、慢性間質性肺炎、肺線維症がその主なものです。)
  - (10) 運動器機能障害を伴う疾病(変形性関節症、変形性脊椎症がその主なものです。)
  - (11) 潰瘍による消化器機能障害を伴う疾病(胃潰瘍、十二指腸潰瘍がその主なものです。)
- 3 ※3の欄には、※2の欄に記入した疾病の状態を最もよく表している検査結果を詳しく記入してください。

備考: この「記入上の注意」は、「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第27条、施行規則第52条様式」に記載されているものです。京都府独自で、さらに詳しい「記入上の注意」「疾病一覧表」を添付していますので、診断の参考にしてください。

**健康管理手当の趣旨**

様式4-9 診断書(健康管理手当) 京都府の参考資料

原爆被爆者であつて造血機能障害、肝臓機能障害等の疾病にかかっている者は、日常十分な保健上の注意を払う必要があり、その療養生活の安定を図るために支給するものです。

**記入上の注意(診断書を記入される医師の皆様へ)**

- この診断書は、健康管理手当の受給資格の認定について、厚生労働省令で定める障害(※1の欄の障害)に伴う疾病にかかっているかどうかを証明するものであり、当該疾病が原子爆弾の「放射能の影響によるものでないことが明らかな場合」は、健康管理手当は支給されません。
- 健康管理手当にかかる障害は、通例、日常生活においてなんらかの支障を生ずる程度のものであり、主な対象疾病は下表に掲げるものです。
- 診断書の※3の欄には、※2の欄に記入した疾病の状態を最もよく表している検査結果を詳しく記入してください。
- 記入検査成績は、おおむね診断書作成日前3か月以内のものに限ります。
- 診断書に記入された疾病について、治療中であればその治療の状況を「その他特記すべき事項」にできるだけ詳細に記入してください。
- 検査結果がほぼ正常値の場合は、過去の異常値及び検査年月日を( )書きするとともに、「現在治療の結果軽快したが、なお、要・治療(または要・経過観察)である旨を、「その他特記すべき事項」に記入してください。
- 心臓のX線所見、心電図成績または理学的検査所見上、著変が認められない心疾患(循環器機能障害)については、他覚的所見(浮腫など)等、参考になる事項を「その他特記すべき事項欄」に記入してください。
- X線検査をした場合は、所見を検査欄に図示してください。
- 疾病名は、外国語を用いられても差し支えありません。
- 障害の種類、対象疾病と標準的な検査項目及び記入事項は、別ページ「厚生労働省で定める障害を伴う疾病一覧表」のとおりです。

**健康管理手当検査項目及び記入事項**

障害の種類 (11分類)	対象疾病の主なもの <別頁に一覧表あり> ( )は、認定の上限 うち、(ー)は無期限	× 対象外 × 疾病の主なもの	検査項目及び記入事項
1 造血機能障害	再生不良性貧血(ー) 貧血(5年) 鉄欠乏性貧血(3年)	妊娠貧血、妊娠時の鉄欠乏性貧血など	1.血色素量 2.赤血球数 3.白血球数 4.網状赤血球 5.血清鉄 6.白血球の分類 7.鉄剤投与の有無 ★出血傾向の場合 1.血小板数 2.出血時間 3.凝固時間 4.ヘマトクリット 5.凝固剤投与の有無
2 肝臓機能障害	肝硬変(ー)	アルコール性またはウイルス性によるもの、胆石症、急性肝炎	1.血清総蛋白 2.A/G比 3.総ビリルビン 4.GOT 5.GPT 6.LDH 7.アルカリフォスファターゼ 8.ZTT 9.ICG(15分値) 10.HB抗原 11.尿ウビリノーゲン
3 細胞増殖機能障害	悪性新生物(ー)	良性腫瘍 ATL	1.組織病理診断 2.X線検査所見 3.内視鏡検査所見 4.理学的検査所見(臨床所見) 5.手術の有無(摘出術の期日) 6.良性・悪性の別及び転移の有無 ★白血病の場合 1.白血球数 2.白血球の分類 3.骨髄検査の所見
4 内分泌腺機能障害	糖尿病(ー) 甲状腺機能低下症(ー) 甲状腺機能亢進症(5年)	尿崩症、青銅糖尿病、腎性糖尿病	理学的検査所見(臨床所見) ★甲状腺疾患の場合 1.基礎代謝検査所見 2.T3 3.T4 4.理学的検査所見(臨床所見) 5.甲状腺剤等投与の有無
5 脳血管障害	くも膜下出血(ー) 脳出血(ー) 脳塞栓(ー)	ー	1.血圧測定 2.神経機能検査所見 3.脳発作の期日 4.できれば眼底検査所見 5.できれば髄液検査所見
6 循環器機能障害	高血圧性心疾患(ー) 慢性虚血性心疾患(ー)	高血圧症、高血圧性心血管疾患、動脈硬化症、メニエル氏病など	1.血圧測定 2.心電図 3.胸部X線検査所見(心臓比を含む) 4.血清検査所見(総コレステロール、中性脂肪、GOT・GPTなど) 5.尿蛋白 6.できれば眼底検査所見 7.降圧剤投与の有無
7 腎臓機能障害	慢性腎炎(ー) 慢性腎不全(ー) 慢性糸球体腎炎(ー) ネフローゼ症候群(ー)	妊娠中に起きたもの	1.尿検査所見 2.PSP(15分値) 3.濃縮試験 4.血清検査所見(総蛋白、A/G比、尿素窒素、クレアチンほか) 5.理学的検査所見(臨床所見) 6.血圧測定 7.できれば眼底検査所見
8 水晶体混濁による視機能障害	白内障(5年)	緑内障 先天性白内障	1.水晶体の混濁の有無 2.視力 3.手術の期日
9 呼吸器機能障害	肺気腫(ー) 慢性間質性肺炎(ー) 肺腺癌(ー)	急性または詳細不明の間質性肺炎など、肺結核、気管支炎	1.胸部X線検査所見 2.肺活量 3.一秒率 4.理学的検査所見(臨床所見)
10 運動器機能障害	変形性関節症(ー) 変形性脊椎症(ー) 骨粗しょう症(ー) (運動機能障害を伴うもの)	パーキンソン病、膠原病、椎間板症、椎間板ヘルニア、坐骨神経痛、分離欠り症、関節リウマチ、重症筋無力症、腰痛症	1.運動器X線検査所見 2.理学的検査所見(臨床所見) 3.日常生活における支障の程度 4.できれば血清カルシウム
11 潰瘍による消化器機能障害	胃潰瘍(3年) 十二指腸潰瘍(3年)	慢性胃炎	1.糞便潜血反応検査所見 2.腹部(胃・十二指腸)X線検査所見 3.できれば内視鏡検査所見 4.手術の期日

## 厚生労働省で定める障害を伴う疾病一覧表(参考)

- 1 対象となる疾病であっても、その疾患の原因が、伝染病、寄生虫、奇生虫又は薬物若しくは毒物による中毒等、放射能の影響によるものではないことが明らかでない場合は除かれます。
- 2 健康管理手当てに係る障害は、通例日常生活においてなんらかの支障が生ずる程度のものであります。
- 3 診断書は申請日1か月以内(作成したものに限り)に作成し、(検査成績は診断書作成3か月以内のものに限ります。)
- 4 3か月以内の検査成績がほぼ正常値の場合は、過去の重かった時点の「タテ」書きすると共に、現在治療の結果軽快したが、なお要治療(または要経過観察)である旨を、その他特記すべき事項欄に記入してください。
- 5 疾病名は外国語を用い、心電図成績または理学的所見上、著変が認められない疾患(循環器機能障害)については、他覚的所見(浮腫等)など参考となる事項を、その他特記すべき事項欄に記入してください。

### 1 造血機能障害を伴う疾病

- 280 貧血:  
鉄欠乏性貧血  
胃酸欠乏性  
鉄欠乏性  
鉄減少性(不応性)  
萎黄病性  
失血による  
低色素性  
小球性(低色素性)  
小球性による正常血球性  
早熟性(Anaemia of Prematurity)  
フランマー・ヴィンソン(Plummer Vinson)症候群  
[除外]妊娠時(633.9)  
[除外]妊娠時の鉄欠乏性貧血(633.1)  
[除外]産褥期貧血(676)  
[除外]分娩時出血による産褥性貧血(653)

- 284 無形成貧血:  
無形成性貧血:  
突赤性  
赤血球(性)  
再生性貧血  
ハムフォード・ロード(Bamford and Rhoad)貧血  
ファンニー(Fanconi)貧血  
低形成(形成不全)性貧血  
再生不良(不再生)性貧血  
純赤血球性貧血  
不応(原発)性貧血  
汎血球減少症(Pancytopenia)  
汎骨髄●(病たれの中に劣の字)

### 2 肝臓機能障害を伴う疾病

- 571 肝硬変(アルコール性を除く)  
アルコール性:  
肝硬変  
肝炎  
レンネック肝硬変  
胆汁性  
肝硬変:  
胆汁性  
心臓性  
移動性うつ血による  
肝脾性  
門脈性  
脾腫性  
壊死性  
肝の脂肪変性  
肝脾性線維症

### 3 網膜・視神経機能障害を伴う疾病

- <悪性新生物>  
140-149 口腔および咽頭の悪性新生物  
150-159 消化器および膈膜の悪性新生物  
160-163 呼吸器系の悪性新生物  
170-174 骨、結合織、皮膚および乳房悪性新生物

- 433 脳梗死  
脳梗死(梗)塞症  
脳動脈閉塞症  
血栓(症)(性):  
卒中  
脳(性)  
脳室内  
麻痺  
脳軟化症  
脳萎縮症  
塞栓症または塞栓性:  
卒中  
脳(性)  
脳室内  
麻痺  
脳軟化症

### 6 循環器機能障害を伴う疾病

- 402 高血圧症:  
高血圧性心疾患  
心臓(病)  
本態性良性高血圧症の各状態を伴う  
うつ血性心不全、左室不全、心臓ブロック、  
その他の心臓律動障害、その他の心筋  
機能不全、又は診断名不明確  
の心不全の各状態  
心不全  
[除外]高血圧性心疾患(412.0)  
412 慢性虚血性心疾患  
心臓(動脈)瘤  
動脈硬化性心(臓)疾患  
冠(状)(動脈):  
硬化症  
アテローム(粥状(硬化)腫(症))  
症患  
狭窄(絞)(症)  
動脈瘤  
虚(乏)(阻)血性:  
心臓変性  
心筋(変性)  
心(臓)疾患  
心血管(性):  
動脈硬化(症)  
変性  
疾患  
硬化(症)  
心筋梗死(梗)塞の治癒したもの  
心筋梗塞の後症候群  
慢性または期間が2か月以上  
(国際分類では8週を超えるもの)と  
明示された急性心筋梗塞の各状態

### 7 腎臓機能障害を伴う疾病

- 581 腎臓(病)症候群  
大白腎  
腎炎:  
亜急性  
上皮剥離性  
ネフローゼ性  
美質性  
尿細管性  
第Ⅱ型(II型)  
浮腫を伴う  
ネフローゼ:  
NOS  
尿床(類脂質)  
腎性水腫

- 橋  
皮下  
痲痺下  
脳室  
433 脳梗死  
脳梗死(梗)塞症  
脳動脈閉塞症  
血栓(症)(性):  
卒中  
脳(性)  
脳室内  
麻痺  
脳軟化症  
脳萎縮症  
塞栓症または塞栓性:  
卒中  
脳(性)  
脳室内  
麻痺  
脳軟化症

### 8 水晶体混濁による視機能障害を伴う疾病

- 374 白内障  
白内障(成熟)(過熟):  
NOS  
外傷性  
放射線性  
老人性  
続発性  
[除外]先天性(744.3)  
[除外]糖尿病性(250)

### 9 呼吸器機能障害を伴う疾病

- 492 肺炎腫  
萎縮性  
代償性  
肥大型  
閉塞性  
間質性  
細気管支性  
517 その他の慢性間質性肺炎  
肺硬化(肺硬変)症  
硬化性肺炎  
肺線維症(萎縮性)(融合性)(充実性)  
肺の硬結  
以上、慢性または詳細不明のもの  
肺の肝変  
肺の炎症  
胸(肋)膈肺炎  
肺炎  
以上、慢性  
[除外]急性または詳細不明の間質性肺炎(484)

### 10 運動器機能障害を伴う疾病

- 713.0 変形性関節症  
関節炎(慢性):  
変形性  
肥大型  
関節症(変形性)  
変形性関節疾患(多発性)  
老人性股関節疾患  
変形性関節症(多発関節症)  
変形性  
肥大型  
713.1 変形性脊椎症  
脊椎の骨関節炎  
脊椎関節症  
脊椎症(Spondylitis):  
変形性(慢性)  
肥大型  
723.0 骨粗しょう症  
老人性骨粗しょう(鬆)(多)孔)症  
偽ヘルニア(Paget)症候群  
骨希薄化  
骨脆弱

### 11 潰瘍による消化器機能障害を伴う疾病

- 531 胃潰瘍  
532 十二指腸潰瘍  
536.1 潰瘍性大腸炎  
(作成:19.11)

## 保健手当認定申請書

京都府知事 様

令和 年 月 日 提出

フリガナ		大正	年	月	日生
氏名		昭和			
居住地	郵便番号 〒	被爆者健康手帳の番号			
	住所				
	電話番号				
医療特別手当受給の有無	有・無	特別手当受給の有無	有・無		
原子爆弾小頭症手当受給の有無	有・無	健康管理手当受給の有無	有・無		
※ 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第28条第3項各号のいずれかに該当する場合は、その理由		1 身体上の障害のある者			
		2 配偶者、子及び孫のいずれもいない70歳以上の者であって、その者と同居しているものがないもの。			
備考					

**記入上の注意**

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第29条第3項第1項又は第2項に該当するとして申請する場合には、※の欄の該当するものに○印を付けてください。

**添付書類**

この申請書には、次の書類を添えてください。

- (1) ※の欄の1に○印を付けた場合は、身体上の障害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19条の規定による指定を受けた病院又は診療所の医師又は歯科医師の診断書
- (2) ※の欄の2に○印を付けた場合は、次のアからウまでの書類
  - ア 申請者の戸籍の謄本又は抄本
  - イ 申請者の子及び孫の戸籍又は除かれた戸籍の謄本又は抄本
  - ウ 申請者と同居している者がいないことを明かにすることができる書類
- (3) その者が爆心地から2キロメートル以内で被爆した事実を認めることができる書類(当該書類がない場合においては、当該事実の申立書)

## 診 断 書 (保健手当用)

表面

氏名				大正 昭和	年	月	日生	男・女
居住地								
障害の原因となった負傷又は疾病の名称								
上記の負傷又は疾病が原子爆弾の傷害作用の影響によるものではないことが明らかな場合はその旨の意見								
※1 身体上の障害の状態	視力	右 (            )	聴力	右	デシベル			
		左 (            )		左	デシベル			
	平衡機能障害							
	音声言語機能障害							
	上肢の状態							
	手指の状態							
	下肢の状態							
	体幹機能障害							
	その他の運動機能障害							
	内部障害							
頭部、顔面等の醜状	部位							
	状態							
※2 上記の障害の状態が原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則別表第1に定める程度の身体上の障害であるかどうかについての意見				1 別表 第1 (    )号に該当する 2 別表 第1 に 該当しない				
上記の障害が固定しているかどうかについての意見				1 固定している 2 固定していない				
以上のとおり診断します。		医療機関の名称						
令和    年    月    日		所在地 〒						
		電話番号 よみがな 医師氏名						

**記入上の注意**

- 1 ※1の欄は、障害の状態を明らかにするために必要な所見を記入してください。
- 2 ※2の欄の別表第1については、裏面を参照してください。  
なお、この欄は、1又は2のいずれか1つに○印を付けてください。

裏面に別表あり

(作成:3.3)



## 診 断 書 (保健手当用)

裏面

## 別表第1

- 1 両眼の視力の和が〇・〇八以下のもの
- 2 両耳の聴力レベルが九〇デシベル以上のもの(耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの)
- 3 平衡機能に極めて著しい障害を有するもの
- 4 音声機能、言語機能又はそしゃく機能を喪失したもの
- 5 両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの
- 6 両上肢のおや指及びひとさし指の機能に著しい障害を有するもの
- 7 一上肢の機能に著しい障害を有するもの
- 8 一上肢のすべての指を欠くもの
- 9 一上肢のすべての指の機能を全廃したもの
- 10 両下肢をショパール関節以上で欠くもの
- 11 両下肢の機能に著しい障害を有するもの
- 12 一下肢を大腿の二分の一以上で欠くもの
- 13 一下肢の機能を全廃したもの
- 14 体幹の機能に歩くことが困難な程度の障害を有するもの
- 15 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、家庭内での日常生活が著しい制限を受けるか、又は家庭内での日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
- 16 身体の機能の障害又は病状が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められるもの
- 17 頭部、顔面等に日常生活を営むのに著しい制限を受ける程度の醜状を残すもの

備考 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

表面

# 介護手当支給申請書

費用介護の場合  
令和 年 月 日

京都府知事 様

令和 年 月 日 提出

フリガナ				大正 年 月 日生	
氏名				昭和	
居住地	郵便番号 千 住所 電話番号				
申請額	円	被爆者健康手帳の番号			
費用を支出して介護を受けた日数	日	介護に要する費用として支出した費用の額		円	
介護を必要とする障害の状態	別紙診断書のとおり				
介護を受けた場所	1 自宅 2 病院又は診療所 名称 所在地 3 その他 名称 所在地				
介護に従事した者	名称または氏名	所在地または住所	本人との続柄 (親族のみ)	区分	
				1 介護サービス事業者(ヘルパー等) 2 親族(イ.同居 ロ.別居) 3 その他( )	
				1 介護サービス事業者(ヘルパー等) 2 親族(イ.同居 ロ.別居) 3 その他(イ.友人 ロ.知人)	
				1 介護サービス事業者(ヘルパー等) 2 親族(イ.同居 ロ.別居) 3 その他(イ.友人 ロ.知人)	
介護保険サービス利用の有無 有・無 介護保険の保険者に対し、高額介護サービス費等対象の有無を確認することに同意して申請します。 既支給の介護手当において過払金があるときは差し引いて支給されてもけっこうです。					
原爆各種手当受給の有無		有 ( 医療特別 ・ 特別 ・ 健康管理 ・ 保健 ) ・ 無			
身体障害者手帳の有無 (ある場合は、コピー添付)	有 ( 級 ) ・ 無	特別障害者手当受給の有無 (ある場合は、コピー添付)	有 ・ 無		

裏面に記入上の注意あり

(作成:4.4)

記入上の注意

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第31条ただし書きに規定する重度の障害者は、費用を支出して介護を受けた日のない場合でも介護手当の支給を受けることができます。

この場合には、費用を支出して介護を受けた日数の欄及び介護に要する費用として支出した費用の額の欄には0と記入してください。

添付書類

この申請書には、次の書類を添えてください。

- 1 介護を要する障害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19条の規定による指定を受けた病院または診療所の医師または歯科医師の診断書
- 2 費用を支出して介護を受けた日数及び費用の額を証する書類(重度の障害者が費用を支出して介護を受けた日がない月分の介護手当の支給の申請をする場合にあっては、その者の介護に従事した者の当該介護の事実についての申立書)

## 診 断 書 (介護手当用)

表面

氏名					大正 昭和	年	月	日生	男・女
居住地									
障害の原因となった負傷又は疾病の名称					発症 年 月				
上記の負傷又は疾病が原子爆弾の傷害作用の影響によるものではないことが明らかな場合はその旨の意見									
※1 障害の状態	視力	右( ) 左( )	聴力	聴力 レベル	右 左	デシベル デシベル	※2 日常生活の状態	精神 障害	
								内部 障害	
	平衡機能障害							食事	
	音声言語 機能障害							排便	
	上肢の状態							歩行	
	手指の状態							入浴 洗顔 洗髪	
	下肢の状態								
	体幹機能障害							その他	
その他の 運動機能障害									
※3 上記の障害の状態が原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則別表第2又は別表第3に定める程度の精神上又は身体上の障害であるかどうかについての意見					1 別表 第2 ( )号に該当する 2 別表 第3 ( )号に該当する 3 別表 第2 に 該当しない				
※4 要介護状態についての判断					1 介護を要する 2 介護を要しない				
以上のとおり診断します。 令和 年 月 日				医療機関の名称 所在地 〒  電話番号 よみがな 医師氏名					

## 記入上の注意

- ※1の欄は、障害の状態を明らかにするために必要な所見を記入してください。
- ※2及び※4の欄は、補助用具を使用している者については、これを使用した場合の状態について記入してください。
- ※3の欄の 別表第2 及び 別表第3 については、裏面を参照してください。  
なお、この欄は、1から3までのいずれか1つに○印を付けてください。

裏面に別表あり

(作成:4.4)

## 診 断 書（介護手当用）

裏面

## 別表第2（中度に該当）

- 1 両眼の視力の和が〇・〇八以下のもの
- 2 両耳の聴力レベルが九〇デシベル以上のもの（耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの）
- 3 平衡機能に極めて著しい障害を有するもの
- 4 音声機能、言語機能又はそしゃく機能を喪失したもの
- 5 両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの
- 6 両上肢のおや指及びひとさし指の機能に著しい障害を有するもの
- 7 一上肢の機能に著しい障害を有するもの
- 8 一上肢のすべての指を欠くもの
- 9 一上肢のすべての指の機能を全廃したもの
- 10 両下肢をショパール関節以上で欠くもの
- 11 両下肢の機能に著しい障害を有するもの
- 12 一下肢を大腿の二分の一以上で欠くもの
- 13 一下肢の機能を全廃したもの
- 14 体幹の機能に歩くことが困難な程度の障害を有するもの
- 15 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、家庭内での日常生活が著しい制限を受けるか、又は家庭内での日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
- 16 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
- 17 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められるもの

備考 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

## 別表第3（重度に該当）

- 1 両眼の視力の和が〇・〇二以下のもの
- 2 両耳の聴力が補聴器を用いても音声を識別することができない程度のもの
- 3 両上肢の機能に著しい障害を有するもの
- 4 両上肢のすべての指を欠くもの
- 5 両下肢の用を全く廃したもの
- 6 両大腿を二分の一以上失ったもの
- 7 体幹の機能に座っていることができない程度の障害を有するもの
- 8 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの
- 9 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
- 10 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの

備考 視力の測定は、万国式試視力表によるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。

## 介 護 事 実 申 立 書

京 都 府 知 事 様

令 和 年 月 日

介護従事者	フリガナ		大正 昭和 平成	年	月	日生	
	氏名						
	居住地	郵便番号 〒 住所 電話番号					
	介護を受けた者との続柄						
	介護を受けた者との居住関係			同居 ・ 別居 ( )			

介護を受けた被爆者	フリガナ		大正 昭和	年	月	日生
	氏名					
	居住地	郵便番号 〒 住所 電話番号				
	介護場所	1. 被介護者宅      2. 医療機関(名称 ) 3. その他( )				

介護内容	介護を受けた者の生活状況	常時臥床 ・ ときどき臥床 ・ 臥床しない
	介護事項	食事 ・ 排泄 ・ 洗顔 ・ 入浴 ・ 着替 ・ 歩行 その他( )

備考:

介護を必要とする理由(家族介護申請者)

費用を支払って介護を受けなくてはならない理由 (費用介護申請者)

介護手当申請者(介護を受けた者)氏名 \_\_\_\_\_

※ 添付資料

介護従事者の住民票 (家族介護申請<同居>の場合は、必要ありません)

## 介護を必要とする証明書

手帳番号

氏 名

住 所

当院は、〔入院基本料・基準看護〕の要件を満たす病院であるが、上記の者は症状が重く、常時介護を必要とするため、特別に付添看護を認めた。

### 1. 常時付添看護人を必要とする理由(当院入院基本料において処理できない理由)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 2. 要介護期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日(見込み)

令和 年 月 日

医療機関の名称

所在地 〒

電話番号

よみがな  
医師氏名

(作成:3.3)

# 請 求 書

請求書  
受理日付

金額	十億	億	千	百	十	万	千	百	十	円

ただし、被爆者介護手当（ 月分）

上記の金額を請求します。

令和 年 月 日

京都府知事 様

請求者 ( 下 )

住所

氏名

印

相手方 コード									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>支払方法</b>	
(ご希望の支払方法に○印をつけ、所要事項に記入してください。)	
① 隔地払	
② 口座振替	
口座開設 場所	銀行 (金庫) 普通・当座 第 号
フリガナ	(本)支店
口座名義 (氏名又は名称)	号

備考 1. 請求書に記入した金額は、訂正しないでください。  
 備考 2. 「相手方コード」は、請求者のコード番号をあらかじめ京都府に登録している場合、その番号を記入してください。



# 介護手当申請事項変更届

京都府知事 様

令和 年 月 日

手帳番号 氏名

住所 〒

電話番号

手当の種類 費用介護(重度) ・ 費用介護(中度) ・ 家族介護

## 1. 介護場所・介護人の変更の場合

変更年月日	令和 年 月 日		
変更理由			
変更事項	変更前	変更後	
介護場所			
介護人	区分	1 介護サービス事業者(ヘルパー等) 2 親族(イ.同居 ロ.別居) 3 その他( )	1 介護サービス事業者(ヘルパー等) 2 親族(イ.同居 ロ.別居) 3 その他( )
	氏名		
	続柄		
	生年月日		
	住所		
	同居・別居の別	同居 ・ 別居	同居 ・ 別居

## 2. 介護を受けなくなった場合

変更年月日	令和 年 月 日
変更理由	ア. 重度障害でなくなった。
	イ. 1か月以上介護を受けなかった。
	ウ. 施設や病院に入った。

※ 上記のイ.ウ.に○を付けたときは、下の該当する項目に記入してください。

期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで か月間
理由	
病院等の名称	
所在地等	〒 電話番号

代筆の場合 代筆者 氏名 続柄( )

住所 〒

電話番号

(作成:3.3)

# 介護従事明細書兼領収書(介護手当用)

介護対象被爆者 \_\_\_\_\_

介護期間 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 ~ \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_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

介護を受けた被爆者の生活状況: 常時臥床 ・ ときどき臥床 ・ 臥床しない

介護場所: 1. 被介護者宅 2. 医療機関(名称: \_\_\_\_\_) 3. その他( \_\_\_\_\_ )

介護事項: 食事 ・ 排泄 ・ 洗顔 ・ 入浴 ・ 着替え ・ 歩行 ・ 通院介助 ・ その他( \_\_\_\_\_ )

費用単価: 時間単価@ \_\_\_\_\_ 円 × \_\_\_\_\_ 時間 × \_\_\_\_\_ 日 = \_\_\_\_\_ 円

または、日単価 @ \_\_\_\_\_ 円 × \_\_\_\_\_ 日 = \_\_\_\_\_ 円

上記のとおり \_\_\_\_\_ 様の介護に従事し、金 \_\_\_\_\_ 円を領収しました。

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 介護人氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

- ※ 介護のために支出した費用の範囲は、介護人に対して支払った賃金、日当、謝金、交通費等の実費をいう。
- ※ 事業所の場合は、事業所発行の領収書(原本)を提出すること。
- ※ 介護保険を利用されている場合は、事業所の介護給付明細書及びサービス提供票を必ず添付してください。(作成:3.4)

# 葬祭料支給申請書

京都府知事 様

令和 年 月 日 提出

フリガナ		死亡した被爆者 との続柄	
氏名			
居住地	郵便番号 〒		
	住所		
	電話番号		
申請者が葬祭を行う年月日または行った年月日		令和	年 月 日

死亡した被爆者	フリガナ		大正 昭和	年 月 日生	男・女
	氏名				
	死亡の際の居住地				
	被爆者健康手帳の番号				
	死亡年月日	令和	年 月 日		
	死亡した場所				
	死亡した原因	別紙死亡診断書又は死体検案書のとおり			
	遺族の有無	有 ( 1 配偶者 2 子 3 父母 4 孫 5 祖父母 6 兄弟姉妹 ) 無 ・ 不明			
	原爆各種手当受給の有無	有 ( 医療特別 ・ 特別 ・ 健康管理 ・ 保健 ) ・ 無			

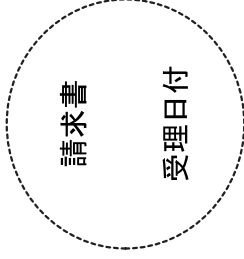
※ 死亡した被爆者の被爆地の原爆死没者名簿へ登載されます。

添付書類 葬祭料は、葬祭を行う人に支給されます。この申請書には、次の書類を添えてください。

1. 市区町村に提出された「死亡届・死亡診断書(死体検案書)」の写し
2. 死亡した被爆者の抹消された住民票 [除票]
3. 申請人(喪主)が葬祭を行ったことがわかる書類……  
(死体埋葬許可書の写しまたは会葬お礼ハガキ等、申請人(喪主)及び死亡した被爆者の名前入りのもの)
4. 申請人と死亡した被爆者との続柄がわかる書類 (住民票、戸籍抄本等)
5. 同意書……喪主以外の者が申請する場合、遺族の方々の同意が必要です
6. 返却……「被爆者健康手帳」「各種手当証書(手当受給者のみ)」「認定書(認定者のみ)」
7. 請求書

(R3.3)

# 請 求 書



金額	十億	億	千	百	十	万	千	百	十	円

## ただし、被爆者葬祭料

上記の金額を請求します。

令和 年 月 日

京都府知事 様

請求者 (〒 )

住所

氏名

印

相手方  
コード

## 支払方法

(ご希望の支払方法に○印をつけ、所要事項に記入してください。)

### ① 隔地払

### ② 口座振替

口座開設 場所	銀行 (金庫) 普通・当座 第 号
フリガナ	(本)支店
口座名義 (氏名又は名称)	

備考 請求書に記入した金額は、訂正しないでください。

令和 年 月 日

京 都 府 知 事 様

届 け 者 (葬 祭 料 申 請 者)

氏 名

死 亡 し た 被 爆 者 と の 続 柄 ( )

住 所 〒

電 話 番 号

下 記 の と お り 被 爆 者 健 康 手 帳 お よ び 手 当 証 書 が 見 あ た り ま せ ん の で お 届 け し ま す 。 な  
お、手帳・証書を発見したときは、速やかに返納します。

死亡した被爆者	氏 名	男 ・ 女
	生 年 月 日	大 ・ 昭 年 月 日 生
見あたら ない 手帳・証書	・ 被爆者健康手帳	手帳番号
	・ 医療特別手当証書	証書番号
	・ 特別手当証書	証書番号
	・ 健康管理手当証書	証書番号
	・ 保健手当証書	証書番号

返納先: 管轄の保健所・京都市各区医療衛生コーナー 経由

〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入る 京都府健康対策課疾病対策係

TEL. 075-451-8111(京都府庁代表) TEL.414-4736(直通) FAX.431-3970

(作成: 2.4)

## 同意書

\_\_\_\_\_の死亡に伴い、同人の\_\_\_\_\_を  
下記の者が請求及び受領することに何等異議ありません。

令和 年 月 日

### ○ 他の遺族・関係者

氏名 \_\_\_\_\_ 死亡者本人との続柄( \_\_\_\_\_ )

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 死亡者本人との続柄( \_\_\_\_\_ )

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 死亡者本人との続柄( \_\_\_\_\_ )

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 死亡者本人との続柄( \_\_\_\_\_ )

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

記

### ○ 請求及び受領者

氏名 \_\_\_\_\_ 死亡者本人との続柄( \_\_\_\_\_ )

住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_