

死亡
原子爆弾被爆者 届
入院

松山市長 野 志 克 仁 様

届出人住所

フリガナ
氏名



次のとおりお届けします。

原 子 爆 弾 被 爆 者 号
健 康 手 帳 番 号

被爆者	住所	
	フリガナ 氏名	M・T・S 年 月 日生
死亡・入院の別	死亡 年 月 日	死亡・入院の原因となった傷病名
	入院 年 月 日	
	退院 年 月 日	
入院した医療機関名		
<p>被爆者を実質上、直接看護し生計を一にしていたことに相違ありません。今回の申請および受領について、遺族の間で異議が生じても、松山市には一切ご迷惑はおかけしません。</p> <p>令和 年 月 日 死亡見舞金届出人</p> <p>M・T・S 年 月 日生</p> <p>続柄</p>		

* この欄は記入しないでください。

確認	<input type="checkbox"/> 手帳番号	<input type="checkbox"/> 氏 名	<input type="checkbox"/> 死亡年月日	<input type="checkbox"/> 病 名		
	<input type="checkbox"/> 住 所	<input type="checkbox"/> 生年月日	<input type="checkbox"/> 続 柄	<input type="checkbox"/> 入院期間		
見舞金	<input type="checkbox"/> 8,000 円	決 裁	課 長	主 幹	リーダー	担当者
	<input type="checkbox"/> 5,000 円					