別記第１号様式

被 爆 者 相 談 受 付 カ ー ド

相談者	月 日	令和　年　月　日	連絡先(電話)他		
	氏 名		生年月日	年　月　日（　歳）	
	住所	〒		被爆地	□広島・□長崎
相談員氏名					
相談方法	面接・手紙・電話	場所	□保健所　・□事務所　・□相談員宅・□その他 （　　）		

＜相談内容＞

1　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に関すること

ア□定期検診・希望検診　　イ□被爆者健康手帳

ウ□二世検診　　エ☑諸手当

オ□手当継続　　カ☑介護保険制度

キ□原爆症認定　　ク□死亡時の手続き

ケ□その他

2　健康保持及び増進に関すること

ア□病院の紹介　　イ□未指定病院の指定医療機関申請の要望

ウ□研修会　　エ□その他

3　日常生活の援護に関すること

ア□年金　　イ□市町村の援護（見舞金等）

ウ□福祉定期・マル優制度　　エ□福祉制度

オ□その他

4　その他被爆者対策に必要と認める事項に関すること

ア□国会請願事項の要望　　イ□慰霊式典又は慰霊碑の合祀の事

ウ□入会に関すること　　エ□その他

特記事項	＜相談内容等をご記入下さい＞