別紙様式３

**被爆者がん検査交通手当支給申請書兼口座振替依頼書**

　広　島　県　知　事　　様

※居住地の市町の被爆者援護担当課に提出してください。　　　　　　　　令和　　年　　月　　日提出

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 大正  昭和　　　　年　　月　　日生 | | 男・女 |
| 氏　名 |  | |
|
| 居住地 | 〒　　－　　　　電話（　　　）　　－ | | | 被爆者健康手帳番号または  健康診断受診者証番号 | |
|
|  | |
| 受診時の交通費負担区分  （いずれかに○を付けてください。） | | 有　　①　交通機関 ( JR、電車、バス、船 ) 利用　　　　 ②　タクシー利用  　③　自己又は家族所有の自動車、バイク等使用 　 ④　知人所有の自動車、バイク等利用による経費負担  無　（無しの場合、交通手当の支給はありません。） | | | |
| 支払希望口座  ※申請者本人以外の口座への支払いはできません。  ※漁業協同組合の口座への支払はできません。 | | □①被爆者健康管理手当等の受給口座  ※被爆者健康管理手当等を受けていない方または①以外の口座を希望する場合は、②に記入してください。  □②その他の口座  (金融機関名)　　　(店舗名)　　　(口座番号(普通預金))  ※ゆうちょ銀行への支払希望の場合は、店番(3桁)と口座番号(7桁)を記入してください。 | | | |

**受　診　確　認　書**

　 上記の者については、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づいて実施された

がん検査を受診したことを確認しました。

　 受 診 項 目 （ 胃がん・肺がん・乳がん・子宮がん・大腸がん・多発性骨髄腫 ）

　　 受診年月日　　令和　　　年　　　月　　　日

　 令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　医療機関の名称

　　　　　　　　　　　　確認者　職　名

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

支　給　額

円