

申述書（黒い雨体験者用）

申請者氏名 _____

1 昭和20年8月6日当時の住所

(住所) _____

(当時通っていた学校名 _____)

※ 上記事項が確認できる資料等があれば、添付してください。

2 原子爆弾投下に伴う「黒い雨」に遭った場所・時間

(1) 黒い雨に遭った場所

市 町
(当時の地名) 郡 村

※ 次のうち、該当するものを○で囲んでください。

(自宅・学校・路上・田畑・山林・その他(_____))

(2) 黒い雨に遭った時間帯

※ 「午前」または「午後」を○で囲んでください。

午前(_____ 時頃)・午後(_____ 時頃)

3 11種類の障害を伴う疾病の確認

(1) 健康管理手当の申請について

次のいずれかを○で囲んでください。

申請する	申請しない
------	-------

(2) 白内障の手術歴（眼内レンズ挿入）について

次のいずれかを○で囲んでください。

無	有
---	---

⇒ 白内障の手術歴（眼内レンズ挿入）がわかる「診断書（健康管理手当用）」を添付してください。（1）で「申請する」に○をされた場合は省略できます。

[裏面に続きます]

4 黒い雨に遭った当時の状況

(降雨状況, 黒い雨に遭った時とその前後の行動, 一緒に行動した人の氏名など)

※できるだけ詳しく記載してください。

この欄に記載できない場合は,別の用紙に書いて添付してください。

一緒にいた人の名前や

雨が降ったと思われる場所など 覚えていることを記載

※当時, 幼く覚えておられない場合は, ご家族から聞かれたことなどを記載

(位置図)

「黒い雨に遭った場所」について, 地名や建物名等(自宅, 学校, 寺, 神社, 山, 川, 道路, 橋の名前など)を記載し, それぞれの位置関係がわかるように図示してください。

※黒い雨に遭った場所に★印をしてください。

併せて, できるだけ「黒い雨に遭った場所」に印をした市町村名等がわかる地図等を添付してください。