

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
郡 村 字
(当時の地名) _____

※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 白内障の手術歴（眼内レンズ挿入）について

・「有」または「無」を で囲んでください。

有	<p>⇒ 白内障の手術歴（眼内レンズ挿入）があることので分かる診断書（指定様式）を添付してください。</p> <p>※ 手術歴とは別に、診断書（健康管理手当用）に記載の 11 種類の障害を伴う一定の疾病にかかっている場合は、健康管理手当の申請をすることもできます。</p>
無	<p>⇒ 診断書（指定様式）を添付してください。</p> <p>※ 健康管理手当の申請をされる場合は、手帳申請の診断書添付は省略できます。</p>

[次頁に続きます]

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。

(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。