

第5号様式(第6条関係)

死 亡 届 (被爆者)

東京都知事 殿

年 月 日

下記のとおり届出をし、書類を返還します。

届 出 者	ふりがな 氏 名	死亡した 被爆者と の続柄 ()	日中連絡がとれる 電話番号 ()
	郵便番号 住 所		

記

死 亡 し た 被 爆 者	ふりがな 氏 名	手 帳 番 号 (受 給 者 番 号)					
	死亡の際の 住 所						
	死亡年月日	年	月	日	(歳)		
	死亡の原因 (病名)						
	手当受給の有無	医療特別手当(有・無)	特 別 手 当(有・無)				
		原子爆弾小頭症 手 当 (有・無)	健康管理手当(有・無)				
	保 健 手 当(有・無)	介 護 手 当(有・無)					
厚生労働 大臣の認定 の有無	有 (認定番号) ・無						

返 還 す る 書 類	被爆者健康手帳	(返還できない場合は、その理由)
	手当証書 (医療特別・特別・原子 爆弾小頭症・健康管 理・保健手当の受給者)	
	厚生労働大臣の認定書 (厚生労働大臣の認定 が「有」の者)	

(添付書類)

死亡を証する書類(ただし、葬祭料支給申請書に添付してある場合は、省略できます。)

(收受印)

処 理	修正通知		
--------	------	--	--

葬祭料支給申請書

東京都知事 殿

年 月 日提出

(ふりがな)				死亡した被爆者との続柄	
氏名 (申請者)					
居住地 (申請者)		郵便番号			
申請者が葬祭を行う又は行った年月日		年 月 日		電話番号	
死亡した被爆者	氏名			明治 大正 昭和	年 月 日 男・女
	死亡の際の居住地	東京都			
	被爆者健康手帳の番号				
	死亡年月日	年 月 日			
	死亡した場所				
	死亡した原因	別紙死亡診断書又は死体検案書（写し）のとおり			
	遺族の有無	有（1配偶者 2子 3父母 4孫 5祖父母 6兄弟姉妹）・無・不明			

(添付書類)

この申請書には、次の書類を添えてください。

1. 死亡診断書又は死体検案書（写し）
2. 死亡した被爆者の住民票除票
3. 葬祭を行なったことがわかる書類（会葬御礼葉書又は葬儀費用の領収書の写し等）

- (注) 1. 死亡の原因が事故・天災等原子爆弾の影響でないことが明らかな場合は、支給されません。
2. 申請者は、喪主又は、現実に葬儀を行った者としてします。（遺族に限定されません。）