

____年度____地域慰霊巡拝参加遺族代表者内申書

(都道府県名) _____

____年 ____月 ____日提出

遺 族	(フリガナ) _____ (性別) _____ (生年月日) _____ (年齢) _____ (戦没者との続柄) _____										
	(氏名) _____ 男性・女性 (大・昭・平 年 月 日 歳) ()										
	(住所) (〒 _____) 電話番号 (_____) _____ , 携帯 (_____) _____										
	都道府県 _____										
	(職業) _____										
	(健康状態) 良好・不良 不良の場合:疾病・症状等(_____)										
	(介護保険の申請状況) ※記入時点で65歳以上の方のみご記入ください。 申請していない 要支援1 要支援2 要介護1以上										
	(障害者手帳の有無) 有・無 ※有の場合:障害の種類(_____) 等級(_____ 級) ※ 介護認定の状況や、障害者手帳に記載のある障害の種類・等級によっては参加をご遠慮いただく場合、または介助者が同行することで参加可能になる場合があります。										
	(直近の旅行等長時間の移動) _____ (移動手段) _____ (移動時間) _____ (時期) _____ (_____)から(_____)まで (_____) (_____)時間 平成(_____)年(_____)月										
	(旅券の有無) _____ 旅券番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 発行 (_____)年(_____)月(_____)日 有 ・ 無 ※無の場合、取得手続きが必要です。 有効期限(_____)年(_____)月(_____)日										
(介助者の必要) 有・無 ※有の場合、理由 (_____)											
(緊急連絡先) (遺族との続柄) _____ フリガナ _____ (〒 _____) (電話番号) (_____) _____ 氏名 _____ 都道府県 _____											
戦 没 者	(フリガナ) _____ (死亡年月日) _____										
	(氏名) _____ 昭和(_____)年(_____)月(_____)日										
	(本籍地) _____ 都道府県 _____										
	(身分) _____ 陸軍軍人・陸軍軍属・海軍軍人・海軍軍属・一般邦人 (階級) (_____)										
	(死亡場所) _____ ソ連抑留中死亡者等の場合埋葬地番号を記入してください(_____)										
(部隊名・船舶名等) _____											
(その他、戦没者に関する情報等あればご記入ください)											
(過去の当該地域における政府主催慰霊巡拝参加経験の有無) ※ (有・無) _____ (昭和・平成 _____ 年 _____ 月) (事業名) _____											
(御親族と共に申し込みをされた方に伺います) 応募人数が募集定員を上回った場合、参加内定者を選定する必要があり、その結果、御親族との参加ができない場合もございますが、そのような場合でも、お一人での参加を希望されますか。 (希望する・希望しない)											

この内申書と添付資料は、本慰霊巡拝に係る事務にのみ使用いたします。お申し込み後、この内申書と戸籍などの添付資料は返却しませんので、あらかじめご了承ください。

都道府県担当者記入欄：添付している書類について当てはまるものに○をつけてください
○戦没者との続柄がわかるもの： a 戸籍謄本 b その他(_____)
○戦没地点がわかるもの： c 兵籍簿 d 死没者調査票 e その他(_____)
○保管資料無し： f 都道府県に兵籍、死没者調査票等を保管していない