

____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・令和(_____)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。														
(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)														
※有の場合、参加した年月をご記入ください (事業名)														
(有 ・ 無) (昭和・平成・令和 年 月)														
(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

年度 硫黄島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	(希望時期)	第1次	・	第2次	・	いずれも可
	(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()			
	※ 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や、 介助者の同行をお願いする場合があります。					
戦 没 者	(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 ()	()時間	平成・令和()年()月		
	(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			
	(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)	海軍軍人・陸軍軍属・海軍軍人・海軍軍属・一般邦人(階級) ()				
(死亡場所)						
(部隊名・船舶名等)						
(その他、戦没者に関しての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)						
※有の場合、参加した年月をご記入ください (有・無) (昭和・平成・令和 年 月)						
(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

年度

慰霊巡拝 介助者内申書

(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()
	(公的機関発行の手帳(身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳)等) 有 ・ 無 ※有の場合には写しの添付				
介助者	(フリガナ)	(性別)	(生年月日)	(年齢)	(遺族との続柄)
	(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()				
	(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 () ()時間 平成・令和()年()月				
	(旅券の有無) 旅券番号 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 (硫黄島の場合は不要です。)				
	(遺族と介助者の同居) している ・ していない				
	(日常生活における遺族への介助内容)				
	(特記事項)				
(緊急連絡先) (続柄) () (フリガナ) (〒 —) (電話番号) (—) (氏名) 都 道 府 県					

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、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。

●●年度

中国東北地方

地域慰霊巡拝参加遺族代表者内申書

(都道府県名) 東京都

●●年4月10日提出

(フリガナ)	コウセイ ノリコ	(性別)	(生年月日)	(年齢)	(戦没者との続柄)
(氏名)	厚生 憲子	男性	女性大・昭・平	●●年●月●日 ●●歳	(子)
(住所)	(〒123-4567)	電話番号	(012) 345 - 6789	携帯	(080) 123 - 456
	東京	都道府県	千代田区霞ヶ関1-2-2		
(職業)	無職	介助者の必要性等を判断するため、ご記入願います。			
(健康状態)	良好・不良	※不良の場合: 疾病・傷病など 高血圧であるが、投薬でコントロールできる			
(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(視覚障害) 等級(3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)		
(東京)	から(北海道)	まで(飛行機)	(2)時間	平成・令和(30)年(2)月	
(旅券の有無)	旅券番号	T R 0 0 1 2 3 4 5	発行	(2018)年(1)月(31)日	
(有)	無	※無の場合、取得手続きが必要です。			
(有効期限)	(2028)年(1)月(31)日				
(介助者の必要)	有・無	有の場合、理由(杖が無ければ歩行が困難なため)			
(緊急連絡先)	(遺族との続柄)	母子			
フリガナ	コウセイ トシコ	(〒123-4567)	(電話番号)	(012) 345 - 6789	
氏名	厚生 俊子	東京	都道府県	千代田区霞ヶ関1-2-2	
(フリガナ)	コウセイ タケシ	(死亡年月日)			
(氏名)	厚生 健	昭和(20)年(7)月(1)日			
(本籍地)	東京	都道府県	千代田区霞ヶ関1丁目2番地		
(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(満州 新京市)				
(部隊名・船舶名等)	●●部隊				
(その他、戦没者に関する情報等あればご記入ください)	戦友の方から、新京ではなく、延吉という所で亡くなったという話しも聞いたことがあります。				
(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)	※有の場合、参加した年月をご記入ください(事業名)				
(有・無)	(昭和・平成・令和)	年	月	戸籍等の記載、親族知人からの伝聞等でも構いませんので、わかる範囲で記載してください。	
(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