

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 <input type="text"/> 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) () - 都道府県 氏名	
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がございますが、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