

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<br>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 ( ) ー , 携帯 ( ) ー<br>都 道<br>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。<br>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)<br>※ 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)<br>( ) 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<br>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) ( ) ー<br>氏名 都 道<br>府 県   |  |
| 戦<br>没<br>者  | (フリガナ) (死亡年月日)   |
|  | (氏名) 昭和 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日  |
|  | (本籍地) 都 道<br>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)<br>※有の場合、参加した年月をご記入ください (事業名)<br>(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)<br>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。<br>(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。

都道府県担当書記入欄：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<br>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<br>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。<br>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)<br>※ 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、<br>介助者の同行をお願いする場合があります。 |     |          |                          |                |            |
|  | (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 ( )    | ( ) 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<br>府県  |     |          |                          |                |            |
| 戦<br>没<br>者  | (フリガナ)           | (死亡年月日)   |     |          |                          |                |            |
|  | (氏名)             | 昭和( )年( )月( )日  |     |          |                          |                |            |
|  | (本籍地)            | 都道<br>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)   |                  |   |     |          |                          |                |            |
| (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)<br>※有の場合、参加した年月をご記入ください<br>(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)<br>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。<br>(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

