

____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。				
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()まで	() ()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	
	(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)	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 (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