＿＿＿＿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　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・無)　※有の場合、参加した年月をご記入ください　(事業名)
(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**