

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) () -				
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

※ 新型コロナウイルス感染症の感染状況を踏まえ、実施を見合わせるなどの判断を行う場合がありますので、予めご承知おきください。