

被爆者健康手帳再交付申請書

熊本県知事 様

年 月 日

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則第7条の2第1項の規定により、被爆者健康手帳の再交付を申請します。

ふりがな 氏名			
生年月日	明治 大正 年 月 日生 昭和		
居住地	〒		
電話番号	自宅	携帯	
手帳番号		交付年月日	年 月 日
再交付を受ける理由	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他()		
上記理由に係る状況			

添付書類： 被爆者健康手帳(紛失の場合を除く。)、手当証書(手当を受給されている方)

注意： この申請書は、居住地を管轄する保健所(居住地が熊本市の場合は県庁健康づくり推進課)に提出してください。