

氏名変更届

熊本県知事 様

年 月 日

〒
居住地

ふりがな
氏名

電話番号 (自宅)
(携帯)

下記のとおり氏名を変更したので、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条第1項及び第2項、第34条、第46条、第50条、第54条、第63条、第66条、附則第5条の規定により、届け出ます。

変更前の氏名	
変更後の氏名	
手帳番号 (記号番号)	
手当受給 の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 医療特別手当 <input type="checkbox"/> 特別手当 <input type="checkbox"/> 原子爆弾小頭症 <input type="checkbox"/> 健康管理手当 <input type="checkbox"/> 保健手当 <input type="checkbox"/> 介護手当
変更年月日	年 月 日

添付書類: 被爆者健康手帳、手当証書(手当を受給されている方)、戸籍抄本(戸籍個人事項証明書)

注意: この届は、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。