

居住地変更届

熊本県知事 様

年 月 日

ふりがな

氏名

電話番号 (自宅)

(携帯)

下記のとおり居住地を変更したので、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行令第3条第1項、第4条、第5条第1項、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35条第1項及び第3項、第35条の2、第35条の3第1項、第46条、第50条、第54条、第63条、第67条第1項、第67条の2、附則第4条第1項、附則第4条の2、附則第4条の3第1項の規定により届け出ます。

旧居住地	〒			
新居住地	〒			
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			
手当の振込先 (変更がない場合は記入不要)	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
			普通 当座	
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)、住民票

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。