

# 記載事項修正申請書

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)

下記のとおり記載事項を修正したいので、関係書類を添えて申請します。

修正項目	生年月日 ・ 被爆時年齢 ・ 法第1条による区分 ・ 被爆の場所 ・ 被爆地からの距離 ・ その他[ ]
修正前の 記載事項	
修正後の 記載事項	
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

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)、修正事項が確認できる書類

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。