

原子爆弾被爆者手当失権届

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)

下記のとおり支給要件に該当しなくなりましたので、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則第39条、第54条の規定により、手当証書を添えて届け出ます。

手当名	手当	証書の 記号番号	
失権の理由			
該当しなくなっ た年月日	年 月 日		

添付書類： 手当証書

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。