

被爆者のこども健康診断受診証交付申請書

平成 年 月 日

神奈川県知事 殿

申請者 居住地 〒

(被爆者のこども)

ふりがな

氏 名

生年月日 昭和 年 月 日生

電 話 ()

原子爆弾被爆者等健康診断実施要領第3(1)の規定により被爆者のこども健康診断受診証を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

(注) この申請書には次の書類を添付すること。

1. 住民票の抄本(本籍及び世帯主との続柄は不要)
2. 戸籍抄本
3. 父又は母の被爆者健康手帳の写又は「父又は母の被爆者健康手帳の記載事項申立書」

被爆者のこども健康診断受診証交付申請書

平成 年 月 日

神奈川県知事 殿

ふりがなは、コンピュータ台帳登録に必要ですので、必ず記入してください。

申請者	居住地	〒	-
(被爆者のこども)			横浜市中区日本大通
ふりがな		かながわ	たろう
氏 名		神奈川	太郎
生年月日		昭和	年 月 日生
電 話			()

原子爆弾被爆者等健康診断実施要領第3(1)の規定により被爆者のこども健康診断受診証を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

(注) この申請書には次の書類を添付すること。

4. 住民票の抄本(本籍及び世帯主との続柄は不要)
5. 戸籍抄本
6. 父又は母の被爆者健康手帳の写又は「父又は母の被爆者健康手帳の記載事項申立書」