

被爆者健康手帳等再交付申請書

年 月 日

神奈川県知事 殿

〒

申請者 居住地

ふりがな (必ず記載してください)

氏 名

生年月日 年 月 日生

電 話 ( ) ー

(※電 話) ( ) ー

※日中連絡がとれる連絡先（携帯電話等）がある場合はそちらも記載願います。

次のとおり、被爆者等健康手帳（第一種健康診断受診者証、第二種健康診断受診者証）の再交付を受けたいので、申請します。

|   |  |       |
|---|--|-------|
| 被爆者等健康手帳  | 番 号  | —     |
|   | 交付年月日  | 年 月 日 |
| 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第1条による区分又は健康診断受診者証種別<br>(該当するものに○印を付けてください。) | 被爆者健康手帳（第1号・第2号・第3号・第4号）<br>第一種健康診断受診者証<br>第二種健康診断受診者証 |       |
| 再交付の理由が生じた年月日   | 年 月 日  |       |
| 再 交 付 の 理 由   |  |       |

備考 破り、又は汚した場合は、当該被爆者健康手帳、第一種健康診断受診者証又は第二種健康診断受診者証を添付してください。