

第5号様式（第5条関係）（用紙 日本産業規格A4縦長型）

医療特別手当（特別手当、原子爆弾小頭症手当、
健康管理手当、保健手当）証書再交付申請書

年 月 日

神奈川県知事殿

申請者 居住地
氏 名
電話番号（ ） ー

次のとおり医療特別手当（特別手当、原子爆弾小頭症手当、健康管理手当、保健手当）
証書の再交付を受けたいので、申請します。

被爆者健康手帳	番 号							ー	
	交付年月日	年 月 日							
手 当 の 種 類 (該当するものに○印を付けてください。)	医療特別手当・特別手当・原子爆弾小頭症手当 健康管理手当・保健手当								
証 書 の 記 号 番 号									
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、当該手当証書を添付してください。