

被爆者のこども健康診断受診証返還書

令和 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 (必ず記載してください)

氏 名

性別 (○を付けてください) 男 ・ 女

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。

次の事由により、被爆者のこども健康診断受診証を返還します。

被爆者のこども 健康診断受診証	番 号	
	氏 名	
失 権 の 事 由	1 神奈川県外に転出	2 死亡
転出年月日又は 死亡年月日	年	月 日
転出先都道府県名		