被爆者健康手帳再交付申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏名 |  | 性　別 | 男　・女 | 生年月日 | 明治大正　　　 年　　 　月　　　日昭和 |
|  |
| 住所 | 〒電話番号（　　　　）　　　　－ |
| 手帳番号及び交付年月日 | 第　　　　　　　　　　号　　　　　　　　　 年　　　月　　　日 |
| 再交付を受ける理由 | 　破　損　・　汚　損　・　紛　失　・　記入欄終了　・　その他 |
| 上記理由に係る状況 |

※記入欄終了、破損又は汚損の場合は手帳を添付してください。

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則第７条の２の規定により関係書類を添えて申請します。

なお、紛失した被爆者健康手帳を発見したときは速やかに返還します。

令和　　　年　　　月　　　日

岡　山　県　知　事　殿

住　所

氏　名