⑰

**被爆者健康手帳**

**第一種・第二種健康診断受診者証　再交付申請書**

**手当証書**

大阪府知事　様

　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふ り が な）氏　　　　名 |  | 明治大正　　年　　月　　日生昭和 | 男・女 |
| 　　　　　　　　　　　  |
| 居　住　地 | 郵便番号　　　　　　　　　　 |
| 手帳番号（受診者証番号） |  |  |  |  |  |  |  | 連絡先(電話番号) | 自宅　　　－　 　　　－　　　　 番携帯　　　－　 　　　－　　　　 番　 |

１．被爆者健康手帳

２．健康診断受診者証　の再交付を受けたく申請します。

３．手当証書

|  |  |
| --- | --- |
| 被爆者健康手帳・健康診断受診者証 | 手当証書 |
| (番　　　号)　第　　　　　　　　　　　　号 | (医療特別手当)　　　第　　　　　　　号 |
| 市　　　　　　　町(被爆の場所)　　　　　　　　　　　　　　　郡　　　　　　　村 | (特別手当)　　　　　第　　　　　　　号 |
| 入市(入市・救護)　　　８月　　　　日　　　　町救護 | (原子爆弾小頭症手当)　　　第　　　　号 |
| (交付年月日)　　 　　年　　　　月　　　　日 | (健康管理手当)　　　第　　　　　　　号 |
| (法１条の区分)　　 　第　　　　　　　　　号 | (保健手当) 　　　第　　　　　　　号 |
| 再交付を受ける理由 | １．破　損　　２．汚　損　　３．紛　失　　４．その他 |
| 上記に係る状況 | 必ずご記入ください |

　（記入上の注意）再交付を受ける理由について、必ず明記すること。

再交付を受ける理由が破損、汚損、その他の場合は、その手帳等を添付すること。

　　　　　　　　　再交付を受けた後、紛失した書類を発見したときは、すみやかに返還すること。