

被爆者健康手帳再交付申請書

広島県知事様

令和 年 月 日

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規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、この再交付申請書に記載した内容は、事実と相違ありません。もし、事実と相違したことが判明した場合は、被爆者健康手帳の返納はもちろん、これに伴う一切の責任をとることを誓約します。

氏名		性別	男女	生年月日	明大昭	年	月	日
住所								
手帳番号及び交付年月日	第	号	昭和 平成 令和	年	月	日		
再交付を受ける理由	破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失							
上記理由に係る状況								

添付書類（破損・汚損の場合）：被爆者健康手帳

連絡先（ ） ー

紛失事情聴取書

聴取者職氏名	
聴取内容	