

医療特別手当
 特別手当
 健康管理手当
 保健手当
 証書再交付申請書

受給権者 氏名	医療特別手当証書番号	千医第	号
	特別手当証書番号	千特第	号
手帳番号	健康管理手当証書番号	千健第	号
	保健手当証書番号	千保第	号
居住地			
再交付申請事由			
<p>原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則第37条・第37条の2・第46条・第50条・第54条及び第63条の規定により、医療特別手当証書（特別手当証書、健康管理手当証書、保健手当証書）の再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>居住地</p> <p>(電話番号 — —)</p> <p>氏名</p> <p>年 月 日生</p> <p>千葉県知事 様</p>			

- (注) 1. 破り、よごした場合には、破り、よごした証書を添えること。
 2. 失った場合には、始末書又はこれを証する書類を添えること。

県 受 付 印

保健所受付印