

様式第8号

被爆者健康手帳再交付申請書

令和 年 月 日

千葉県知事様

申請者氏名

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3及び第7条の4、同法施行規則附則第5条第1項の規定に基づき再交付申請します。

ふりがな		生年月日	M	年	月	日
氏名			T			
			S			
ふりがな						
住所						
被爆者健康手帳番号 (受診者証)	第	号				
交付年月日	年	月	日			
再交付受ける理由						
上記の理由にかかる状況						

県受付印

保健所受付印

※裏面も記入ください。

誓 約 書

被爆者健康手帳等の再交付にあたり、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負うことを誓約いたします。

年 月 日

住 所

氏 名

千 葉 県 知 事 様