

被爆者健康手帳交付申請書

(第一種健康診断受診者証から切替用)

本籍地

居住地

電話番号 ()

ふりがな
氏名 (印)

明・大・昭 年 月 日生

三重県知事 あて

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第 2 条の規定により、被爆者健康手帳を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

添付書類 この申請書には、次の書類を添えてください。

- ・第一種健康診断受診者証