

〔医療特別手当・健康管理手当〕失権届

年 月 日

三重県知事 あて

ふりがな
氏名

印

下記のとおり支給要件に該当しなくなったため、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則第 39 条、第 54 条の規定に基づき届出します。

記

氏名	性別 男・女	生年月日	明 大 昭	年	月	日
住 所						
手帳番号						
手当証書の記号番号						
支給要件に該当しなくなった年月日	年 月 日					
失権の理由						

※添付書類 ①手当証書