

被爆者二世健康手帳交付申請書

年 月 日

(宛先)
埼玉県知事

居住地 〒

氏 名

被爆者二世健康手帳を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

(ふりがな)		男	昭和	年	月	日生
氏 名		女	平成			
居 住 地	〒			被爆者 との 続 柄		
	電話 — —					
被爆者情報（親情報）（わかる範囲で記入してください） 被爆者氏名：_____ 性別： 男 女 生年月日： 明・大・昭 年 月 日 被爆者健康手帳番号（7ケタ）：_____ ※被爆者健康手帳を返還済みのため写しを添付できない場合には、手帳を返還した都道府県市名、およその返還時期を記入してください。 〔 _____ 〕						
窓口担当者記入欄（受付担当者は確認結果を記入してください） 被爆者健康手帳（写し）の添付： 有 無 手帳返還先等の情報（聴取結果）： 特記事項：〔 _____ 〕						

- 添付書類
- 1 被爆者健康手帳の写し（ない場合は表中の被爆者情報欄を必ず記入すること）
 - 2 住民票（被爆者二世の方のもの）（原本）
 - 3 戸籍抄本（被爆者本人との親子関係がわかるもの）