

被爆者健康手帳交付申請書

本籍地
(〒)
現住所

受 付 印

連絡方法 TEL ()

ふりがな
氏 名

明 治
大 正 年 月 日 (被爆者当時の年齢 歳)
昭 和

性 別 男 女

山口県知事 様

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
※ 太枠の中は記入しないで下さい。

被爆者健康手帳番号		法 1 条 一										
1 号	場所	広島 長崎		距離	・ km							
2 号	場所	広島、長崎 (. km)		入市 期間	/ ~ /		入市 目的					
3 号	場所			救護 看護				期間				
4 号	母親の手帳番号 県 号			被爆地								
その他 確 認 事 項												