

医 療 特 別

手 当 失 権 届

健 康 管 理

氏 名		性 別	男 ・ 女
		生年月日	
住 所			
手 帳 番 号		手当番号	
認定年月日		支給期間	
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第24条第1項又は第27条第1項に規定する要件に該当しなくなった年月日		年 月 日	
上記の要件に該当しなくなった理由			

上記により失権の届出を提出します。

年 月 日

届出者氏名

山口県知事 様