

被爆者健康手帳交付申請書

本 籍 地

郵便番号

居 住 地

電話番号 ( )

ふりがな  
氏 名

年 月 日生

都道府県知事(市長) 殿

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。

令和 年 月 日