

被爆者二世健康手帳記載事項変更届

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

居住地
〒

電話

氏名

生年月日

年 月 日生

次のとおり変更したので、被爆者二世手帳を添えて届出します。

	旧	新
ふりがな		
氏名		
居住地		
変更年月日	年 月 日	
被爆者二世 健康手帳返付	年 月 日	手帳受領印 又はサイン

窓口担当者事務確認欄：(レ点を付すこと)

二世健康手帳のコピー取得 [変更前] [変更後]

※手帳受領印(サイン)は申請者本人または委任状等を提出し代理権を表示した代理人のものに限ります。

※手帳紛失による再交付申請と同時手続の場合は、返付欄、受領印欄は空欄で構いません。手帳のコピー取得も不要です。

※「旧」の欄は、手帳に記載してあるとおりに記入してください。

※「新」の欄は、変更した部分のみ記入してください。

◎添付書類

- 1 居住地変更の場合は、居住地がわかる書類として「住民票」(原本)
- 2 氏名変更の場合は、事実がわかる書類として「戸籍抄本」(原本)