

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) 氏 名 | | 男 ・ 女 | 昭和 ・ 平成 | 年 月 日生 |
| 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）