

公害医療手帳
再交付申請書

担任	係長	課長	担任	合議	係長	課長

記号番号	川崎一 9999	ふりがな	かわさき はなこ	男・ 女
		氏名 (被認定者)	川崎 花子	
認定疾病 の名称	<input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> ぜん息性 気管支炎 <input checked="" type="checkbox"/> 気管支ぜん息 <input type="checkbox"/> 肺気しゅ	生年月日	明治 大正 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日生 昭和 (× × 歳)	
住所				
公害医療 手帳の再 交付を申 請する理 由	(1)	公害医療手帳を破った。		
	(2)	公害医療手帳をよごした。		
	(3)	公害医療手帳を失った。		
	(4)	その他		

公害健康被害の補償等に関する法律施行規則第11条の規定により、公害医療手帳の再交付を申請します。

○年 ○月 ○日

申請者 住所 川崎市川崎区宮本町1

氏名 川崎 花子

(あて先)

川崎市 市長

1.記入上の注意

「公害医療手帳の再交付を申請する理由」の欄は、該当する事項の番号を○で囲んでください。

2.添付書類

公害医療手帳の再交付を申請する理由が「公害医療手帳の再交付を申請する理由」の欄の(1)又は(2)の場合は、この申請書に、破り、又はよごした公害医療手帳を添えてください。

3.その他の注意

公害医療手帳の再交付を申請する理由が「公害医療手帳の再交付を申請する理由」の欄の(3)の場合で、公害医療手帳の再交付を受けた後、失った公害医療手帳を発見したときは、速やかに旧公害医療手帳を返還してください。