区地域みまもり支援センター → 健康福祉局環境保健課

担 任	係 長	課 長	担 任	合 議	係 長	課 長

公害医療手帳再交付申請書

記号番号	川崎 ―	ふりがな 氏 名 (被認定者)		男・女
認定疾病の名称	□ 慢性気管支炎　□ぜん息性気管支炎 □ 気管支ぜん息　□ 肺気しゅ	生年月日	明治 大正　年　月　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

氏 名

(あて先)
川崎市長

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。