別記様式第4号

被爆者訪問介護利用助成受給者証再交付申請書

　　　年　　　月　　　日

福岡県知事　殿

住　所

電話番号（　　　）　　　－

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被爆者健康手帳番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | － | 　 |

下記の理由により、「被爆者訪問介護利用助成受給者証」の再交付を申請します。

記

１　再交付を受ける理由　　　　破損　　・　　汚損　　・　　紛失

２　１の理由に係る状況

※添付書類・・・理由が破損、汚損の場合は、破り、汚した受給者証を添付して下さい。

※失った受給者証を発見したときは、速やかに返納して下さい。

|  |
| --- |
| 保健所受付印 |
|  |