

第4号様式(第5条関係)

再 交 付 申 請 書									
東京都知事 殿					年 月 日				
申 請 者	ふりがな				年 月 日生				
	氏 名								
	郵便番号		住所			日中連絡がとれる電話番号 ()			
次のとおり再交付を申請します。									
再交付を申請する書類(該当する番号に○印を付けてください。)									
1	被爆者健康手帳 (受給者番号) 第 号				6	特別手当証書 第 号			
2	第一種健康診断受診者証 又は第二種健康診断受診者証 第 号				7	原子爆弾小頭症手当証書 第 号			
3	健康診断受診票 (子) 第 号				8	健康管理手当証書 第 号			
4	医 療 券 第 号				9	保 健 手 当 証 書 第 号			
5	医療特別手当証書 第 号				(どのような理由で)				
(再交付申請する書類を)		1 破ってしまった 2 汚してしまった 3 なくしてしまった							
備考 1 破ったり汚したりした場合は、その書類を添付してください。 2 なくした書類を発見したときは、必ずお返してください。 (古い書類は、無効となります。) 3 国外に居住する被爆者等は、宛名を書いた返信用封筒を必ず添付してください。					(収受印)				
再 交 付 に つ い て									
					第 年 月 日				
上記のとおり申請があったので再交付する。									
決定権者	課 長	審 議	課長代理	担当者	審 査	文書取扱主任			