

公害健康被害の補償等に関する法律
公 害 医 療 手 帳 返 還 届

認 定 番 号	神戸ー	フリガナ 氏 名		
生 年 月 日	大正 昭和	年 月 日 (才)	性別	男 ・ 女
住 所 (手帳記載の住所)				
届 出 の 事 由	(1) 治癒による辞退 (2) 認定更新もしくは見直しの手続きをしない (3) 認定更新を申請したが認められなかった			
神戸市長 あて 公害健康被害の補償等に関する法律施行規則第12条の規定により届け出ます。 令和 年 月 日 届出者 住所 氏名 電話 () —				

◆ 記入上の注意 ◆

- 1 「届出の事由」の欄は、該当する番号を○で囲んでください。
- 2 ※欄は、記入しないでください。
- 3 「届出の事由」(1)、(2)の場合、この返還届の提出によって、認定の資格を失い、再び認定することは、できませんので、ご注意ください。

※ 受 付 印