

公害健康被害の補償等に関する法律
公害医療手帳再交付申請書

被 認 定 者	公害医療手帳 の記号番号	神戸ー	フリガナ 氏 名		男 女
	認定疾病 の名称	1. 慢性気管支炎 2. 気管支ぜん息 3. ぜん息性気管支炎 4. 肺気腫	生 年 月 日	大正 年 月 日 昭和 (歳)	
	住 所				
公害医療手帳の 再交付を申請す る理由	(1) (2) (3) (4)	公害医療手帳を破った 公害医療手帳を汚した 公害医療手帳を失った そのほか ()			
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">(被認定者との続柄)</p> <p style="text-align: center;">電話 () -</p> <p>神戸市長あて</p>					

※ 受付	日付 ・ ・	No	※ 処理欄	
---------	-----------	----	----------	--

※欄は記入しないで下さい。

1 記入上の注意

「認定疾病の名称」及び「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

公害医療手帳を破り又は汚した場合には、その公害医療手帳を添付してください。

3 その他の注意

失った公害医療手帳を発見した時は、速やかに、その公害医療手帳を返還してください。