

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

公害医療手帳の記号番号	千葉 ー	認定疾病の名称	
被認定者	ふりがな	生年月日	明治
	氏名		大正 年 月 日
	住所	昭和	
公害医療手帳の再交付を申請する理由	(1) 公害医療手帳が破れた。 (2) 公害医療手帳がよごれた。 (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。

平成 年 月 日

申請者 住所

氏名 印

(あて先) 千葉市長

1 記入上の注意

- (1) 「申請の理由」の欄は、該当する事項の番号を○で囲んでください。
- (2) 申請者は、被認定者本人となります。

2 添付書類

この申請書には、公害医療手帳を添えてください。
なお、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。