

公害健康被害補償法
公害医療手帳再交付申請書

公害医療手帳 の記号番号			
被 認 定 者	ふりがな		明 治
	氏 名	(男・女)	大 正 年 月 日
	住 所		昭 和 (才)
公害医療手帳 の再交付を 申請する理由	(1)	公害医療手帳を破った。	
	(2)	公害医療手帳をよごした。	
	(3)	公害医療手帳を失った。	

公害健康被害補償法施行規則第11条の規定により公害医療手帳の再交付を
申請します。

年 月 日

住 所

届出者氏 名

電話番号

(あて先) 富 士 市 長