

富士市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	生年月日	大 正 年 月 日		
	(男・女)	昭 和 (才)			
	住 所	認定疾病 の 名 称			
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。		

富士市公害健康被害補償条例施行規則第9条第1項の規定により、富士市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