別記様式第４号

被爆者訪問介護利用助成受給者証再交付申請書

年　　月　　日

大分県知事殿

住　所

ふりがな
氏　名

電話番号　（　　）　　－

被爆者健康手帳番号	0							—	

下記の理由により、「被爆者訪問介護利用助成受給者証」の再交付を申請します。

記

１　再交付を受ける理由　　破損　・　汚損　・　紛失

２　１の理由に係る状況

※添付書類・・・理由が破損、汚損の場合は、破り、汚した受給者証を添付して下さい。
※失った受給者証を発見したときは、速やかに返納して下さい。

保健所受付印