

(別記様式第3号)

## 被爆者訪問介護利用助成受給者資格認定証再交付申請書

令和 年 月 日

沖縄県知事 殿

次のとおり、被爆者訪問介護利用助成受給者資格認定証の再交付を受けたいので申請します。

申請者

ふりがな 氏名	-----	明治 大正 年 月 日生 昭和	男・女
住所	〒  (電話番号: - - )		
被爆者健康手帳番号(受給者番号)	-----	認定番号	-----
再交付の理由が生じた年月日	令和 年 月 日		
再交付の理由	紛失 破損 汚損		

〈添付書類〉 破損及び汚損の場合は、破損又は汚損した認定証を添付して下さい。

〈注意事項〉 紛失した認定証を発見した場合は、速やかに返納して下さい。