

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		東大阪 303-	
被 認 定 者	ふりがな		
	氏名	生年月日	明 治 大 正 昭 和 年 月 日 (才)
	住所	認定疾病 の名称	1 慢性気管支炎 2 気管支ぜん息 3 ぜん息性気管支炎 4 肺気しゅ 5 続発症()
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。

年 月 日

住 所

氏 名

印

T E L

-

東 大 阪 市 長 様

受
付
印

1 記入上の注意

「公害医療手帳の再交付を申請する理由」の欄は、該当する事項の番号を○で囲んで下さい。

2 添付書類

公害医療手帳の再交付を申請する理由が「公害医療手帳の再交付を申請する理由」の欄の(1)又は(2)の場合は、この申請書に破り又はよごした公害医療手帳を添えて下さい。

3 その他の注意

公害医療手帳の再交付を申請する理由が「公害医療手帳の再交付を申請する理由」の欄の(3)の場合で、公害医療手帳の再交付を受けた後、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下さい。