

被爆者居住地変更届（国内用）

年 月 日

神奈川県知事殿

届出者 居住地

氏 名

電話番号（ ） —

次のとおり居住地を変更したので、届け出ます。

※ 居住地変更後の被爆者健康手帳等の番号 (県外からの転入者の場合に限り、保健所で記入します。)									
居住地変更前の 被爆者健康手帳等	番 号								
	都道府県 又は市			交付年月 日		年	月	日	
ふ り が な									
氏 名									
生 年 月 日	明治・大正・昭和		年	月	日	性別	男 ・ 女		
居住地	変更前	〒 — * 国外の場合国名 電話番号() —							
	変更後	〒 — 電話番号() —							
変 更 年 月 日			年 月 日						

被爆者健康手帳等の種類 (該当するものに○印を付けてください。)		被爆場所	市 郡 町 村
被爆者健康手帳等 (第1号・第2号・第3号・第4号 第一種健康診断受診者証 第二種健康診断受診者証)			(爆心地から . キロメートル)
		入市救援	広島市 町に入市 長崎市 (で救援)

手当受給状況 (該当するものに○印を付けてください。)	医療特別手当・特別手当 原子爆弾小頭症手当・健康管理手当	厚生労働省 の認定	認定年月日	年 月 日
	保健手当・介護手当 (証書記号番号)		認定番号	
	手当受給なし		認定疾病名	

手当振込口座	銀行	預金種別	普通 ・ 当 座
	信用金庫	口座番号	
	信用組合	ふりがな 口座名義	* 本人名義に限ります。

- 添付書類 1 被爆者健康手帳、第一種健康診断受診者証又は第二種健康診断受診者証
 2 住民票の写し又は外国人登録証明書の写し(短期滞在者は旅券の旅券面及び査証欄の写し)
 3 手当(介護手当を除く。)を受給している方は、手当証書