

被爆者のこども健康診断受診証交付申請書

令和 年 月 日

神奈川県知事 殿

〒

申請者 居住地

(被爆者のこども)

ふりがな (必ず記載してください)

氏 名

性別 (○を付けてください) 男 ・ 女

生 年 月 日 年 月 日生

電 話 ()

(※電 話) ()

※日中連絡がとれる連絡先(携帯電話等)がある場合はそちらも記載願います。

原子爆弾被爆者等健康診断実施要領第3(1)の規定により被爆者のこども健康診断受診証を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

(注) この申請書には次の書類を添付すること。

1. 住民票の抄本(本籍及び世帯主との続柄は不要)
2. 戸籍抄本
3. 父又は母の被爆者健康手帳の写又は「父又は母の被爆者健康手帳の記載事項申立書」