

公害健康被害の補償等に関する法律等関係法令に基づく
届出書・申請書

尼崎市長あて

届出・申請年月日

平成 年 月 日

- 1 氏名住所変更 (公害健康被害の補償等に関する法律施行規則第39条)
- 2 認定疾病治ゆ (公害健康被害の補償等に関する法律施行規則第9条)
- 3 被認定者死亡 (公害健康被害の補償等に関する法律施行規則第10条)
- 4 公害医療手帳再交付 (公害健康被害の補償等に関する法律施行規則第11条)
- 5 支給決定通知書(写)交付 (所得税法施行令第30条の3第12号)

上記の法律等関係法令に基づき届出・申請します。

届出者・申請者	届出・申請する事項	届出	氏名住所変更 認定疾病治ゆ(辞退) 被認定者死亡		
		申請	公害医療手帳再交付 支給決定通知書(写)交付		
	住所	〒 - 電話: () -			
	ふりがな 氏名	印		被認定者 との続柄	
被 認 定 者	公害医療手帳の記号番号		尼 崎		
	認定疾病 の名称	慢性気管支炎 ぜん息性気管支炎 気管支ぜん息 肺気しゅ			
	住所	〒 - 電話: () -			
	変更前の住所 (住所変更のとき記載)	〒 -			
	ふりがな 氏名	[変更前の氏名]		性別	男 女
	生年月日	明治	大正	昭和	年 月 日
	変更の事由(氏名等変更のときのみ記載)	婚姻等 転居 その他			
	死亡年月日(死亡届出のときのみ記載)	平成 年 月 日			
	死亡場所(死亡届出のときのみ記載)				
	公害医療手帳の再交付を申請する理由 (再交付のとき記載)	公害医療手帳を破った。 公害医療手帳をよごした。 公害医療手帳を紛失した。			

添付書類

- ・ 公害医療手帳
- ・ 住民票等(住所を変更したとき)
- ・ 戸籍抄本等(氏名を変更したとき)

注) 公害医療手帳再交付のとき。

ア) 破損・汚濁のときは手帳を添付してください。

イ) 公害医療手帳の再交付を受けた後、紛失した旧手帳を発見したときは必ず返還してください。

平成 年 月 日	届出書 申請書	を受理し処理します。	課長	係長	係
----------	------------	------------	----	----	---