

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

令和 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	<input type="checkbox"/> 届出	<input type="checkbox"/> 氏名住所変更 <input type="checkbox"/> 認定疾病治ゆ(辞退) <input type="checkbox"/> 被認定者死亡		
		<input type="checkbox"/> 申請	<input type="checkbox"/> 公害医療手帳再交付 <input type="checkbox"/> 支給決定通知書(写)交付		
	住所	〒 _____ 電話: () _____			
	フリガナ	-----			
氏名	-----		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	<input type="checkbox"/> 慢性気管支炎及びその続発症 <input type="checkbox"/> ぜん息性気管支炎及びその続発症 <input type="checkbox"/> 気管支ぜん息及びその続発症 <input type="checkbox"/> 肺気しゅ及びその続発症			
	住所	〒 _____ 電話: () _____			
	変更前の住所 (住所変更のとき記載)	〒 _____			
	フリガナ	-----			
	氏名	(変更前の氏名 _____)			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日			
	変更の事由(氏名等変更のときのみ記載)	<input type="checkbox"/> 婚姻等 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> その他			
	死亡年月日(死亡届出のときのみ記載)	令和 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 (再交付のときのみ記載)	<input type="checkbox"/> 公害医療手帳を破った <input type="checkbox"/> 公害医療手帳をよごした <input type="checkbox"/> 公害医療手帳を紛失した				

※ 添付書類

住所を変更したとき………尼崎市内転居のときは、住民票記載事項証明。それ以外のときは、住民票。
 氏名を変更したとき………戸籍抄本等・公害医療手帳

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あと、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。

令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 届出書	を受理し処理します。	課長	課長補佐	係
	<input type="checkbox"/> 申請書				

入力日: R /