

## 公害医療手帳再交付申請書

認定番号	守					
認定疾病	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					

被 認 定 者	ふりがな		生年月日	大正 昭和
	氏名			年 月 日 (満 歳)
	住所	〒		
	電話	— —		

再交付理由	<input type="checkbox"/>	(1) 公害医療手帳を破損した
	<input type="checkbox"/>	(2) 公害医療手帳を紛失した ※裏面の誓約書に記名押印
	<input type="checkbox"/>	(3) その他 ( )

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。

令和 年 月 日

守 口 市 長 殿

申 請 者 〒 —

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(印)

電 話 \_\_\_\_\_

続 柄 本人 その他※ ( )

【理由】

※申請者が本人以外の場合、その理由及び届出者の本人確認をお願いします。

## 誓約書

1. 公害医療手帳を発見したときは、速やかに返還します。
2. 紛失等に伴い事故が生じても、守口市にいかなる負担もかけません。

以上のとおり誓約いたします。

令和 年 月 日

申請者氏名

印

守口市長 殿