

受付番号

## 公害医療手帳再交付申請書

年 月 日

吹田市長 へ

住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

申請者

氏名 \_\_\_\_\_

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。

公害医療手帳の認定番号		○吹	
被認定者	ふりがな	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 (満 歳)
	氏名		認定疾病の名称
	住所		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 5 続発症( )
公害医療手帳の再交付を申請する理由 〔該当場所を○で囲んでください。〕		(1) 公害医療手帳を破った。 (2) 公害医療手帳をよごした。 (3) 公害医療手帳を失った。	

(注) 1 旧公害医療手帳を添付してください。

2 公害医療手帳の再交付を受けた後、失った公害医療手帳を発見したときは、ただちに旧公害医療手帳を返還してください。