様式３

訪問介護利用被爆者助成認定書再交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　福井県知事　様

　次の理由により訪問介護利用被爆者助成認定書の再交付を申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住所

氏名

（被爆者健康手帳番号　　　　　　　　　）

　　再交付申請の理由

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

　※　汚損等の認定書がある場合はこれを添付してください。