

公害健康被害の補償等に関する法律
公害医療手帳再交付申請書

公害医療手帳の 記 号 番 号		大阪		—				
被 認 定 者	ふ り が な		男	生年月日	明治	年	月	日
	氏 名		女		大正			
	住 所							
	指定地域解除前の 認 定 疾 病 名	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						
公 害 医 療 手 帳 の 再 交 付 を 申 請 す る 理 由	指定地域解除後の 病像の変化によっ て認められた病名							
	(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。						

公害健康被害の補償等に関する法律施行規則第11条第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

申請者
住所
氏名

電話

大 阪 市 長 様

受
付
印

記入上の注意

(1)「指定地域解除前の認定疾病名」及び「公害医療手帳の再交付を申請する理由」の欄は、該当する事項の番号を○で囲んでください。

(2)「指定地域解除後の病像の変化によって認められた病名」の欄には、公害医療手帳の認定疾病の名称欄に記載されている病像の変化による病名を記載してください。

添付書類

公害医療手帳の再交付を申請する理由が「公害医療手帳の再交付を申請する理由」の欄の(1)又は(2)の場合は、この申請書に、破り、又はよごした公害医療手帳を添えてください。

その他の注意

公害医療手帳の再交付を申請する理由が「公害医療手帳の再交付を申請する理由」の欄の(3)の場合で、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、速やかに、旧公害医療手帳を返還してください。