

(様式第4-5号)

## 訪問介護利用被爆者助成受給資格認定証再交付申請書

長崎県知事 様

年 月 日

被爆者健康  
手帳番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

下記の理由により、訪問介護利用被爆者助成受給資格認定証の再交付を申請します。

### 記

#### 1. 再交付を申請する理由

紛失・汚損・破損・その他(\_\_\_\_\_)

- ※
1. 汚損等により再交付を希望する場合は、汚損した認定証を添付して下さい。
  2. 紛失した認定証が見つかった場合は、見つかった認定証を県に返還して下さい。
  3. 認定証の再交付を受けた場合は、従前の認定証は効力を失います。