

## 被爆者健康手帳交付申請書

本籍地

居住地（郵便番号）

電話番号（ ）

ふりがな  
氏名 印

年 月 日生

群馬県知事 山本一太 様

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第2条に規定により、被爆者健康手帳を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日