

第16号様式（第14条関係）

年 月 日

東京都知事 殿

住所 _____

氏名 _____ ㊞

保健手当支給要件変更届

下記のとおり原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第28条第3項の各号のいずれにも該当しなくなったので、届け出ます。

記

生年月日	年 月 日生	保健手当証書の記号番号	
原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第28条第3号の各号のいずれにも該当しなくなった理由	1 身体上の障害がある者	(理由)	
	2 配偶者、子及び孫のいずれもいない70歳以上の者であって、その者と同居している者がいないもの	(理由)	
上記の理由が発生した年月日	年 月 日		

備考 この届出書には、保健手当証書を添付してください。