

別記様式

平成 年 月 日

(あて先) 秋田県健康福祉部福祉政策課長

申請者 千
住 所

氏 名 ㊟

電話番号

旧軍人軍属等の情報提供について (申請)

記

対 象 者	終戦時の氏名	
	生 年 月 日	
	終戦時の本籍地	
上記の者と申請者の関係		
上記の者について、分かっている事を記入してください (部隊名、応召年、派遣先、その他)		
情報の使用目的		
添 付 資 料 <u>※ 本人申請の場合、右記の1は不要です。</u>	1 戸籍謄本 (申請者と対象者の関係がわかるもの) 2 申請者の身分証明書 (運転免許証、健康保険証等の写し)	