

公害健康被害の補償等に関する法律
療 養 手 当 請 求 書

| | |
|---|---------------------------|
| 認 定 番 号 | 3 2 1 - |
| フリガナ | |
| 患 者 氏 名 | |
| 患 者 住 所 | |
| 認 定 疾 病 名 称 | 慢 気 ・ 気 ぜ ん ・ ぜ ん 気 ・ 肺 気 |
| 生 年 月 日 | 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 |
| 治 療 を 受 け た す べ て の 医 療 機 関 の 名 称 | |
| 治 療 を 受 け た 日 数 | 令 和 年 月 日 入 院 通 院 日 |

公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定により、
令和 年 月分の療養手当を請求します。
令和 年 月 日
請求者 住所 _____
氏名 _____
電話 _____
(提出先) 足立区長

| | |
|-------------|--|
| 受 付 印 | |
|-------------|--|

| | |
|--------|--|
| 入 力 | |
|--------|--|