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	３２１－
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	入　院　　日 令和　　年　　月 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	