

第1号様式(第8条第1項)

療 養 補 助 費 支 給 申 請 書

年 月 日

(申請先)
横浜市長

住 所
申請者 氏 名
電 話

〔 公害健康被害者
との関係 〕

次のとおり療養補助費(未申請分を含みます。)の支給を受けたいので、申請します。

フリガナ		認 定 番 号	横浜 -
公 害 健 康 被 害 者 氏 名		生 年 日	年 月 日 (歳)
住 所		振 込 座 金 庫	支 店 当 座 普 通
振込先金融機関	振 込 座	銀 行 信用金庫	

処 理 欄	未 支 給 分	支 給 開 始 月
	年 月 ~ 年 月	
	年 1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12月	年 月
	年 1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12月	

(注意) 印の欄は、記入しないでください。(A4)