

第2号様式(第8条第2項)

療 養 手 当 支 給 申 請 書

年 月 日

(申請先)
横浜市長

住 所
申請者 署 名
電 話
(公害健康被害
者との関係)

次のとおり 年 月分の療養手当の支給を受けたいので、申請します。

公 害 健 康 被 害 者	認 定 番 号	横 浜		
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	住 所			
	認 定 疾 病 の 名 称	1 慢性気管支炎 2 気管支ぜん息 3 ぜん息性気管支炎 4 肺気しゅ		
申	請	額	月 額	円
療 養 を 受 け た 日 数	通 院 日			

公害診療報酬明細書確認欄	
通院日数 日	確認年月日 . .

(注意) 1 認定疾病の名称の欄は、該当するものを○で囲んでください。
2 印の欄は、記入しないでください。
3 記名押印することにより、署名に代えることができます。

(A4)