

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 3 ぜん息性気管支炎	2 気管支ぜん息 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	確認年月日 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)