

第 11 号様式の 2(第 7 条の 2 第 1 項・第 18 条第 2 項)

傷病補償年金
傷病特別支給金 決定通知書
傷病特別給付金

年 月 日

様

(実施機関の職氏名)

印

傷病補償年金

傷病特別支給金については、審査の結果、次のとおり決定しましたので通知します。
傷病特別給付金

受給権者の氏名

1 傷病補償年金

(1) 支 給 金 額	円
(2) 補 償 基 礎 額	円
(3) 傷 害 の 等 級	第 級
(4) 年金証書の番号	第 号
(5) 支 給 開 始 年 月	年 月

2 傷病特別支給金

(1) 支 給 金 額	円
(2) 支 払 の 場 所 及 び 方 法	
(3) 支 払 日 (振込日)	年 月 日

3 傷病特別給付金

(1) 支 給 金 額	円
(2) 支 給 開 始 年 月	年 月

この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して 60 日以内に、横浜市公務災害補償等審査会に審査を申し立てることができます。

(A4)