

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。