

第 12 号様式(第 9 条)

療養補償 決定通知書
葬祭補償

年 月 日

様

(実施機関の職氏名)

印

年 月 日に請求のありました 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。

支 給

不 支 給

1 受給権者の氏名

2 支 給 金 額 円

3 支払の場所及び方法

4 支 払 日(振込日) 年 月 日

5 委任に基づく受領者

住 所
氏 名

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。