

第 12 号様式(第 9 条)

療養補償 葬祭補償		決定通知書	
		年	月 日
様			
		(実施機関の職氏名)	<input type="checkbox"/> 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。			