

障 害 補 償 障害特別支給金 障害特別援護金 障害特別給付金		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(申請)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			
受給権者の氏名			
1	障 害 補 償		
補償基礎額		円	
障 害 等 級		第	級
(1)	年 金 支 給 金 額	円	
ア 年金証書の番号		第	号
イ 支給開始年月		年	月
(2)	一時金支給金額	円	
ア 支払の場所及び方法			
イ 支払日(振込日)		年	月 日
2	障害特別支給金・障害特別援護金・障害特別給付金	円	
内 訳		円 円 円	
{ 障害特別支給金			
{ 障害特別援護金			
{ 障害特別給付金(年金・一時金)			
(1)	支払の場所及び方法(一時金)		
障害特別支給金			
(2)	障害特別援護金 支払日(振込日)	年	月 日
障害特別給付金(一時金)			
(3)	障害特別給付金(年金)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。			