

障害補償年金差額一時金  
障害差額特別給付金 決定通知書

年 月 日

様

(実施機関の職氏名)

印

年 月 日に請求(申請)のありました 障害補償年金差額一時金 障害差額特別給付金 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。

支給

不支給

受給権者の氏名

- |   |               |   |   |   |
|---|---------------|---|---|---|
| 1 | 年金証書の番号       | 第 | 号 |   |
| 2 | 補償基礎額         |   |   | 円 |
| 3 | 障害等級          | 第 | 級 |   |
| 4 | 支給金額          |   |   | 円 |
|   | 内訳            |   |   |   |
|   | { 障害補償年金差額一時金 |   |   | 円 |
|   | { 障害差額特別給付金   |   |   | 円 |
| 5 | 支払の場所及び方法     |   |   |   |
| 6 | 支払日(振込日)      | 年 | 月 | 日 |

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。