

第12号様式の5(第9条・第18条第2項)

障害補償年金差額一時金 決定通知書
障害差額特別給付金

年 月 日

様

(実施機関の職氏名)

印

年 月 日に請求(申請)がありました 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。

(A4)