

第12号様式の6(第9条)

障害補償年金前払一時金決定通知書

年 月 日

様

(実施機関の職氏名)

印

年 月 日に請求のありました障害補償年金前払一時金については、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

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)