

介護補償決定通知書

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介護補償については、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

3 支 払 の 方 法

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)