療養手当請求書

被認定者	公害医療手帳の記号番号	C/# 1 9	名公	2		7			
	ふりがな			男・女	生年月日	明治 大正 昭和	16 17	年　月　日	
	氏　名								
	認定疾病の名称（○で囲んでください。）	イ．慢性気管支炎　ロ．気管支ぜん息　ハ．ぜん息性気管支炎　ニ．肺気しゅ ホ．続発症（　　）							
療養を受けた日の属する月		8 平成 令和　年　月 11		療養を受けた日数		12 入院		入院外 15	
						日		日	
療養を受けた医療機関の名称及び所在地									

公害健康被害の補償等に関する法律第40条第１項の規定による療養手当の支給を請求します。

令和　　年　　月　　日

請求者　　住所

氏名

（あて先）

名　古　屋　市　長

＜備考＞　療養手当は医療機関から提出される公害診療報酬明細書によって確認し、その月において入院日数が１日以上、又は通院日数が４日以上の場合に支給されます。ただし、支給金額は日数区分によって異なります。他疾病による入院の場合は、認定疾病の療養を受けた日数を入院外の欄に記入してください。

（下欄には記入しないで下さい）

決定	決定年月日	診療実日数	療養手当支給額
	年　月　日	平成 令和　年　月　入院　日 入院外 他法入院　日	

ＮＡ０９－０２