

公害健康被害の補償等に関する法律
障害補償費請求書

公害医療手帳の 記号番号		大阪		—		
被 認 定 者	ふりがな			男・女	生年月日	
	氏名				明治 大正 昭和	年 月 日 (満 歳)
	住所					
	指定地域解除前の 認定疾病名	1.慢性気管支炎 2.気管支ぜん息 3.ぜん息性気管支炎 4.肺気しゅ				
	指定地域解除後の 病像の変化によっ て認められた病名					
[この申請によるほかに、第二種地域の指定疾病についての障害補償費を受け、又は受けようとしている者は、] 次の(2)～(5)の欄に記入して下さい。						
次の(2)の指定疾病についての障害補償費を受け、又は受けようとしています。						
(2)当該他の指定疾病 の名称		(3)認定都道府県知事(市長) (認定の申請に係る都道府県 知事(市長))の名称		(4)受けているか、支給を 請求しているかの別		
添付書類名		1.医師の診断書 2.X線写真 3.その他()				

公害健康被害の補償等に関する法律第25条第1項の規定による障害補償費の支給を
請求します。

令和 年 月 日

請求者
住所
氏名

でんわ
電話

大 阪 市 長 様

受
付
印

1.記入上の注意

- (1)「指定地域解除前の認定疾病名」及び「添付書類名」の欄は、該当する
事項の番号を○で囲んでください。
- (2)「指定地域解除後の病像の変化によって認められた病名」の欄には、公
害医療手帳の認定疾病の名称欄に記載されている病像の変化による病名
を記載してください。

2.添付書類

この請求書には、認定疾病(続発症)に係る障害の状態に関する医師の診
断書を添え、必要があるときは、障害の状態の証明に関するX線写真その
他の資料を添えてください。