

こうがいけんこうひがい ほしょうとう かん ほうりつ
公害健康被害の補償等に関する法律
 しょうがい ほ しょうひ かい せい きゅうしょ
障害補償費改定請求書

公害医療手帳の 記号番号	大阪 一				
被 認 定 者	ふりがな	男 ・ 女	生年月日	明治 大正 昭和	年月日 (満歳)
	氏名				
	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 病像の変化によつ て認められた病名					
現に支給を受けてい る障害補償費に係る 障害の程度	級 昭和 年月分から 平成 支給を受けている 令和				
添付書類名	1.医師の診断書 2.X線写真 3.その他()				

こうがいけんこうひがい ほしょうとう かん ほうりつだい じょうだい こう きてい しうがい ほしょうひ がく かい
**公害健康被害の補償等に関する法律第28条第3項の規定により障害補償費の額の改
定を請求します。**

令和 年 月 日

じゅうしょ
住所
せきゅうしや
請求者
しめい
氏名
でんわ
電話

大 阪 市 長 様

受付印	<p>きにゅうじょう ちゅうい 1.記入上の注意</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>
-----	---

てんぶしょ
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。