

公害健康被害の補償等に関する法律
遺族補償一時金請求書 (精算一時金用)

死亡した被認定者	公害医療手帳の記号番号	大阪 ー			
	フリガナ		男・女	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
	氏 名				
	認定疾病の名称 ※該当するものに○	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		死亡年月日	平成 年 月 日 令和
	他の指定疾病 ※該当する場合のみ	☐ 水俣病 ☐ イタイイタイ病 ☐ 慢性砒素中毒症			
死亡当時の住所	☐ 請求者と同じ ☐ 請求者と異なる (住所)				

公害健康被害の補償等に関する法律第35条の規定による遺族補償一時金の支給を請求します。

(提出先) 大 阪 市 長

令和 年 月 日

(請求者) 住 所

受 付 印

電 話

氏 名

(死亡した被認定者との関係)

生年月日 大正・昭和 年 月 日
平成・令和

性 別 男 ・ 女

この請求書に下記の書類を添付して提出願います。

○戸籍謄本 (被認定者・請求者) ○口座振込依頼書(様式第53号)

※他に遺族補償一時金を請求できる遺族(同順位者)が存在する場合は、裏面に必ず記載願います。

○遺族補償一時金を請求できる他の遺族(同順位者)

1	フリガナ		被認定者 との関係	男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名								
	住所								
2	フリガナ		被認定者 との関係	男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名								
	住所								
3	フリガナ		被認定者 との関係	男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名								
	住所								
4	フリガナ		被認定者 との関係	男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名								
	住所								
5	フリガナ		被認定者 との関係	男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名								
	住所								
6	フリガナ		被認定者 との関係	男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名								
	住所								
7	フリガナ		被認定者 との関係	男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名								
	住所								
8	フリガナ		被認定者 との関係	男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名								
	住所								