

公害健康被害の補償等に関する法律
遺 族 補 償 辞 退 届

死亡した補償給付受給者		☐ 被認定者		☐ 遺族補償受給者	
公害医療手帳 の記号番号	大阪 ー	枝番 (※)	死亡年月日	平成 令和	年 月 日
フリガナ		男 ・ 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
氏 名					

(※) 遺族補償受給者の場合のみ記入願います。わからない場合は空欄で結構です。

上記の死亡した補償給付受給者にかかる公害健康被害の補償等に関する法律に基づく補償給付について、別紙事由によりその請求を辞退します。また、そのことにより生じた遺族間の問題についても責任をもって対応します。

(提出先) 大 阪 市 長

令和 年 月 日

(請求者) 住 所

受 付 印

電 話

氏 名

(死亡した補償給付受給者との関係)

添付書類

届出にあたっては、次の書類を添付してください。

○戸籍謄本

○住民票の写し

○本□であることを確認するための書類
(マイナンバーカード、運転免許証等)

別紙

(死亡した補償給付受給者 大阪 一)

[illegible]

令和 年 月 日

氏 名