

取 下 書

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(※)	
フリガナ		性別	男・女
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。

請 求 年 月 日	平成 ー 年 ー 月 ー 日 令和
請求した補償給付	☐ 遺族補償費 ☐ 遺族補償一時金 ☐ 葬祭料

下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の請求について、別紙事由により取下げします。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。

令和 ー 年 ー 月 ー 日

(提出先) 大 阪 市 長

(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)

○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)

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal black ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

令和 年 月 日

氏 名