

(様式第 4 号)

短期療養手当請求書

被 認 定 者	公害医療手帳の記号番号 千葉一			
	ふりがな		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
	氏 名			
	住 所		認定疾病	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
療養を受けた日の 属 す る 月		年 月	療養を受 けた日数	通院 日
療養をうけた病院等の 名 称 お よ び 所 在 地				

千葉市公害健康被害救済補償要綱第 10 条第 1 項の規定により短期療養手当の支給を請求します。

年 月 日

(あて先)

千葉市長

請求者 { 住 所
氏 名
連絡先電話番号
連絡先電子メールアドレス
_____@

※ 決 定	療・養・実・日・数		支 給 額						
	年	月	通院	日	¥	4	0	0	0

※ 決定欄は記入しないでください。

※ 短期療養手当は、「その月において、通院日数が2日又は3日であるとき」に支給されます。