

療 養 手 当 請 求 書

令和 年 月 日

吹 田 市 長 あ て

公害健康被害の補償等に関する法律第40条第1項の規定による療養手当の支給を請求します。

被 認 定 者	認定番号	①吹				
	ふりがな					
	氏 名		生年月日	昭和 年 月 日		
	住 所		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		
軽微な誤字・脱字等の訂正を 市側で行うことについて					☐ 承諾します	☐ 承諾しません
					上記のいずれかにチェックをお願いいたします。	

令和 年 月診療分

医療機関名	医療機関所在地	療養日数 内訳	
		入院	日
		通院	日
		入院	日
		通院	日
		入院	日
		通院	日
療養日数 合計		入院	日
		通院	日

※療養日数とは、認定疾病の治療のために療養を受けた1か月間の入院及び通院日数です。