



機構受付印

保健所等受付印

手続様式第3号(施行規則第3条関係)

石綿による健康被害の救済に関する法律
申請中死亡者に係る決定申請書

申請書番号					
フリガナ					
①申請者氏名	男・女	②申請者の生年月日	明治 昭和 令和	大正 平成	年 月 日
フリガナ					
③申請者の住所	〒 TEL				
④申請中死亡者との身分関係	1. 配偶者 2. 事実婚者 3. 子 4. 父母 5. 孫 6. 祖父母 7. 兄弟姉妹				
⑤葬祭を行う者であるか否か	1. 行う者である 2. 行う者でない				
フリガナ					
⑥申請中死亡者の氏名	男・女	⑦申請中死亡者の生年月日	明治 昭和 令和	大正 平成	年 月 日
フリガナ					
⑧申請中死亡者が死亡の当時有していた住所	〒				
⑨申請中死亡者の死亡年月日	平成・令和 年 月 日				
⑩申請中死亡者がした認定の申請年月日	平成・令和 年 月 日				

石綿による健康被害の救済に関する法律第5条第1項の規定による決定を受けたく、必要書類を添えて申請します。

令和 年 月 日 申請者氏名

独立行政法人環境再生保全機構 理事長 殿

※ 「③申請者の住所」欄に記入した以外の連絡先があれば記入してください。	
〒	TEL
氏名	(申請者との続柄)

(注)太枠内を記入してください。