機構受付印　　　　　保健所等受付印

手続様式第17号（施行規則第18条関係）

石綿による健康被害の救済に関する法律

救済給付調整金請求書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請・請求書番号 |  | | | | | ①手帳番号 |  | |
| フリガナ |  | | | ・ | | ③請求者の  　生年月日 | 元号選択 | 年　  月　  日 |
| ②請求者  　氏名 |  | | |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| ④請求者の  　住所 | 〒 | | | | | | | |
| TEL | | | | | | | |
| ⑤請求者の被認定者との身分関係 | | | ．配偶者　　　．事実婚者　　　．子　　　　　　．父母  ．孫　　　　　．祖父母　　　　．兄弟姉妹 | | | | | |
| フリガナ |  | | | ・ | | ⑦被認定者の生年月日 | 元号選択 | 年　  月　  日 |
| ⑥被認定者  　氏名 |  | | |
| フリガナ | | |  | | | | | |
| ⑧被認定者が死亡の当時有していた住所 | | | 〒 | | | | | |
| ⑨認定申請に  　係る疾病名 | ．中皮腫　　　　　　　　　　　　　　　．肺がん  ．著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺　　　．著しい呼吸機能障害を伴うびまん性胸膜肥厚 | | | | | | | |
| ⑩被認定者の死亡年月日 | | 元号選択 | | | 年　　  　月　　  　日 | | | |
| ⑪被認定者が死亡の当時診療を受けていた医療機関 | | 医療機関名： | | | | | | |
| 〒 | | | | | | |

　上記のとおり、石綿による健康被害の救済に関する法律第23条第２項の規定による救済給付調整金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 令和　  　年　  　月　  　日 | 請求者氏名 |  |

独立行政法人環境再生保全機構　理事長　殿

　振込みを希望する金融機関（銀行等又はゆうちょ銀行のいずれかに記入してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 銀行等 | | | | | | | | | | ゆうちょ銀行 | | | | | | | | | | | | |
| 振込先  金融  機関名 | 金融機関選択　　　     　支店 | | | | | | | | | 通帳記号 | １ | |  | |  | |  | | ０ | | の | |
| 口座番号 | 普通 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 通帳番号 |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
| 当座 |
| フリガナ |  | | | | | | | | | フリガナ |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | | 口座名義 |  | | | | | | | | | | | |

**（注）太枠内を記入してください。**

（注）預貯金口座の口座名義については、請求者本人の名義の口座に限り振込が可能となります。

（注）貯蓄預金は取り扱っていません。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 | ア　特別遺族弔慰金の額 | イ　医療費 | ウ　療養手当 | 摘要 |
| ２，８００，０００円 | 円 | 円 |  |
| エ　今回分未支給の医療費等 | オ　既支給分未支給の医療費等 | 請求額（ア-イ-ウ-エ-オ) |
| 円 | 円 | 円 |