（様式第３号）

年　　月　　日

地方公務員災害補償基金

長崎県支部長　　　　殿

（被災職員名）

傷病等級該当について（申請）

（変更）

私の下記の傷病については、　　　　年　　月　　日以降傷病等級に

該当する　　と思われるので申請します。

（変更があった）

記

１　傷病名

２　災害発生年月日　　　　　　　　　年　　月　　日

３　認定番号

４　添付資料名

５　（現在の傷病等級　　第　　級）

６　（該当すると思われる傷病等級　　第　　級）