

決 裁	事務長	事務次長	補償係長	係員	認定番号 ー

全 治 届
・
症 状 固 定 届

平成 年 月 日

地方公務員災害補償基金

大 阪 市 支 部 長 様

所 属

氏 名 印



次のとおりお届けします。

記

1 負傷年月日 平成 年 月 日

2 傷 病 名

3 全治年月日

または 平成 年 月 日

症状固定年月日

所 属 の 証 明	担当課長	課長代理	係 長	係 員	主管課長	課長代理	係 長	係 員

- (備考) (1) 被災職員は全治または症状固定後、すみやかに所属を
経由の上、提出すること。
(2) この届には診断書を添付する必要はありません。

支
部
受
付
印