

藤沢市石綿関連疾患対策委員会委員名簿

NO	氏名	氏名（読み）	選出母体	職名	出欠
1	村山 武彦	むらやま たけひこ	東京工業大学（教授）	学識経験者	
2	永倉 冬史	ながくら ふゆし	中皮腫・じん肺・アスベストセンター	学識経験者	
3	名取 雄司	なとり ゆうじ	ひらの亀戸ひまわり診療所	医師	
4	鈴木 勇三	すずき ゆうぞう	藤沢市医師会	医師	
5	塩見 和	しおみ かず	北里大学病院呼吸器外科	医師	
6	清水 尚子	しみず なおこ	神奈川県臨床心理士会	臨床心理士	
7	久保 博道	くぼ ひろみち	神奈川県弁護士会	弁護士	
8	津村 八江	つむら やえ	東京弁護士会	弁護士	
9	赤堀 葉子	あかぼり ようこ	浜見保育園関係者	市民	
10	湊 真紀子	みなと まきこ	浜見保育園関係者	市民	

浜見保育園園児アスベスト関連疾患検診の結果について

第18回藤沢市石綿関連疾患対策委員会
資料1

1 胸部X線読影結果

検診年度	案内通知人数	検診対象者の在園期間	胸部X線読影会 実施日	読影 実施人数	読影結果内訳			
					異常なし・正常範囲内	所見あり 精密検査不要	次年度の検診 受診推奨	要精密検査
平成30年度	177	昭和47年4月～60年2月	平成31年3月22日	71人	56人	7人	6人	2人
令和元年度	259	昭和47年4月～60年2月 /平成11年度	令和元年11月1日	42人	38人	2人	0人	2人
令和2年度	298	昭和47年4月～60年2月 /平成11年度・平成12年度	令和2年11月14日	47人	41人	3人	0人	3人
令和3年度	322	昭和47年4月～60年2月 /平成11年度～平成13年度	令和3年10月29日	45人	41人	2人	1人	1人

検診については、期間A、B、D(在園期間が1年以上)、Eに在園していた方のうち、入園から20年以上経過している方が対象となります。

2 胸部CT読影結果(要精密検査)

検診年度	検診対象者の在園期間	胸部CT検査読影会 実施日	読影 実施人数	読影結果内訳		
				問題なし	要観察※	要医療
平成30年度	昭和47年4月～60年2月	平成31年4月26日	2人	2人	0人	0人
令和元年度	昭和47年4月～60年2月 /平成11年度	令和元年11月29日	2人	1人	1人	0人
令和2年度	昭和47年4月～60年2月 /平成11年度・平成12年度	令和2年7月3日 令和2年12月4日	4人	2人	2人	0人
令和3年度	昭和47年4月～60年2月 /平成11年度・平成13年度	令和3年6月18日 令和3年12月3日	3人	0人	3人	0人

※要観察の所見の方については、疾患は認められていないものの、念のため経過観察をしている方になります。

なお、アスベスト健康被害対策検診の読影結果につきましては、毎年発行しているアスベストニュースレターにてお知らせします。

浜見保育園園児 把握状況

第18回藤沢市石綿関連疾患対策委員会
資料2

2022年(令和4年)3月15日時点

区分	期間	状況	入園/退園	①園児数	②台帳登録人数	③返戻		④通知可能人数 (②-③)	把握率(%) (④/①)	⑤見舞金申請者	見舞金申請率 (%) (⑤/①)
						返戻者数 (未送付者含む)	うち令和3年度 の返戻者数				
期間A	昭和47年4月 ～昭和59年10月	吹き付けアスベスト	A/A A/B A/C B/B B/C	480人※	321人	139人	8人	182人	38%	162人	34%
期間B	昭和59年11月 ～昭和60年2月	改修工事									
期間C	昭和60年3月 ～平成11年3月	囲い込み	C/C								
期間D	平成11年4月 ～平成16年3月	雨漏り	C/D C/E D/D D/E D/F D/G	277人	277人	44人	5人	233人	84%	185人	67%
期間E	平成16年4月 ～平成18年2月	雨漏り・天井外し等	E/E E/F E/G	73人	73人	3人	0人	70人	96%	60人	82%
期間F	平成18年3月 ～平成19年8月	囲い込み	F/F F/G								
期間G	平成19年9月～	アスベスト除去後	G/G								
計			A/A ～G/G	830人	671人	186人	13人	485人	58%	407人	49%

入退園年度が不明な場合は、生年月日などから推測しています。
※期間A・Bについては、当時の資料等が存在しないこと等により、概算の人数となります。

期間	区分	園児数 (概数)	通知可能人数	把握率	見舞金申請者	見舞金申請率
期間A・B・D・E	見舞金対象	830人	485人	58%	407	49%
期間C・F・G	見舞金対象外	410人	58人			
計		1240人	543人			

対象者の把握に係る情報提供呼びかけについて

- 藤沢市内の駅に情報提供ポスター掲示依頼(2020年(令和2年)12月1日～ 江ノ島電鉄(全駅)/JR東日本(藤沢・辻堂)/小田急電鉄(藤沢市内の各駅))
- 市民センター及び藤沢公民館・村岡公民館に情報提供ポスター掲示(2021年(令和3年)4月1日～)

藤沢市立浜見保育園園児アスベスト健康被害対策実施要綱

目次

- 第1章 総則（第1条～第7条）
- 第2章 検診（第8条～第12条）
- 第3章 補償・給付（第13条～第18条）
- 第4章 見舞金（第19条～第24条）
- 第5章 補則（第25条～第28条）

附則

第1章 総則

（趣旨）

第1条 この要綱は、昭和47年4月から平成19年8月までの期間（以下「対象期間」という。）において、藤沢市立浜見保育園（以下「保育園」という。）でアスベスト飛散による健康被害の疑いが生じていることに伴い、対象期間の入所園児（以下「園児」という。）を対象に本市が実施する健康被害対策（以下「対策」という。）について、必要な事項を定めるものとする。

（委員会）

第2条 市長は、対策を実施するに当たって必要な事項について、藤沢市石綿関連疾患対策委員会（以下「委員会」という。）と協議の上、対策を策定し実施するものとする。

（対象期間の区分）

第3条 対象期間は、次のとおり区分する。

- (1) 昭和47年 4月～昭和59年10月 吹付けアスベストが露出
- (2) 昭和59年11月～昭和60年 2月 改修工事
- (3) 昭和60年 3月～平成11年 3月 囲い込み期間
- (4) 平成11年 4月～平成16年 3月 雨漏り
- (5) 平成16年 4月～平成18年 2月 雨漏り・天井板外し等
- (6) 平成18年 3月～平成19年 8月 囲い込み期間（防水工事から除去まで）

（在園管理台帳）

第4条 市長は、園児の氏名、生年月日、在園時の住所、現在の住所、電話番号等の連絡

先、保育園在園期間、既往歴及び保護者氏名を記載した在園管理台帳（第1号様式）を整備し、永年保存するものとする。

（園児の確認）

第5条 市長は、在園当時の名簿が存在しないことなどにより、在園したことの特定が困難な場合は、在園確認申出書（第2号様式）及び在園を証明する資料の提出を求め、別に定める在園に係る確認基準により判定するものとする。

（情報提供）

第6条 市長は、ニュースレター及びホームページ等により、園児に対して情報提供に努めるものとする。

（健康相談）

第7条 市長は、園児のうち希望者に対して、藤沢市石綿関連疾患検診・健康相談部会（以下「検診相談部会」という。）により、健康相談及び心理相談を実施するものとする。

第2章 検診

（対象者）

第8条 検診の対象者は、第3条第1号、第2号、第4号（ただし、在園期間が1年以下の場合を除く。）及び第5号に規定する期間に在園した園児のうち、検診実施時点において在園の初年から20年以上経過しているもの（以下「検診対象園児」という。）とする。

2 市長は、あらかじめ検診計画を策定し、周知を行い、海外等の本市から遠い場所に居住している検診対象園児に対しても、計画的に検診が受けられるよう、配慮するものとする。

（胸部X線写真の取得）

第9条 市長は、検診対象園児に対し検診実施案内を送付し、検診対象園児のうち、検診を受けようとするものは、市長に受診することを申し出るものとする。

2 読影に使用する胸部X線写真は、検診対象園児が当該年の職場等の健診時等に撮影したものを使用することとし、市長は当該胸部X線写真を検診対象園児又は医療機関等から取得するものとする。

3 前項の規定による取得ができない場合は、市長は、検診対象園児に対しレントゲン撮影機会を提供し、胸部X線写真を取得するものとする。

(読影及び判定)

第10条 前条第2項及び第3項において取得した胸部X線写真については、最低年1回、検診相談部会を開催し、読影を行い、胸膜プラーク（肥厚斑）及び肺がんの有無について判定する。

2 市長は、検診相談部会によって判定した結果について、判定後1カ月以内に、検診相談部会が作成した画像診断報告書により検診対象園児へ通知するものとする。

(費用負担)

第11条 第9条第2項における、市長に提出するための胸部X線写真の取得等に要した費用については、市が負担するものとする。

2 市長は、検診対象園児のうち第9条第3項における撮影機会においてレントゲン撮影を行った者に対し、検診手当及び交通費として、一律4,000円を支給するものとする。

(費用の申出)

第12条 前条第1項の費用については、医療機関等への支払いは医療機関等からの請求書により、検診対象園児への支払いは市長が指定する日までに提出された、検診対象園児からの胸部X線写真取得費用申出書（第3号様式）及び領収書等によって支出する。

2 前条第2項の費用については、検診終了時に検診対象園児から提出されたアスベスト関連疾患検診受診報告書（第4号様式）によって支出する。

第3章 補償・給付

(対象者)

第13条 補償・給付の対象者は、第3条第1号、第2号、第4号（ただし、在園期間が1年以下の場合を除く。）及び第5号に規定する期間に在園した園児のうち、アスベスト関連疾患を発症したもの（以下「補償・給付対象園児」という。）とする。

(補償・給付)

第14条 藤沢市石綿関連疾患調査・認定部会（以下「調査・認定部会」という。）において、補償・給付対象園児のアスベスト関連疾患（中皮腫、原発性肺がん、びまん性胸膜肥厚、良性石綿胸水及びその他世界保健機関（WHO）の一機関の国際がん研究機関（IARC）がアスベスト関連疾患と認めるもの。以下同じ。）が保育園におけるアスベスト事案に起因するものと認定された場合は、補償金を支払うものとする。

2 調査・認定部会において、補償・給付対象園児のアスベスト関連疾患が保育園におけるアスベスト事案に起因性が認められないと認定されたものの、発症に際して当該事案が寄与している可能性も完全に否定できない状況で、他の発症原因に起因すると考えられない場合は、給付金を支払うものとする。

(補償・給付の内容)

第15条 補償金の内容は次のとおりとし、支払いの額については別に定める基準によるものとする。

- (1) 治療費
- (2) 休業・生活補償
- (3) 葬祭費
- (4) 弔慰金
- (5) 遺族補償

2 給付金の額は、1,000,000円とする。

(補償・給付の申出手続き)

第16条 補償・給付対象園児で補償・給付を受けようとする者は、アスベスト健康被害対策補償・給付申出書(第5号様式)に、次に掲げる書類を添えて市長に提出するものとする。

- (1) 医療機関等の診断書
- (2) 職歴・家族歴・居住歴申出書(第6号様式)
- (3) その他市長が必要と認めた書類

2 市長は、前項第2号の職歴・家族歴・居住歴申出書による本人同意の取得により、補償・給付対象園児又はその親族からの聞き取り調査を弁護士等の専門家に依頼し、補償・給付対象園児に係る調査資料を作成するものとする。

(補償・給付の認定)

第17条 市長は、前条の規定により、申出があったときは、受領後2カ月以内に調査・認定部会の開催を依頼するものとする。

2 調査・認定部会による認定は、別に定めるアスベスト起因性認定基準によるものとする。

(補償・給付の決定)

第18条 市長は、前条による認定結果に基づき、補償・給付に係る決定を速やかに行い、

アスベスト健康被害対策補償・給付決定通知書（第7号様式）により通知するものとする。

第4章 見舞金

（対象者）

第19条 見舞金の対象者は、第3条第1号、第2号、第4号及び第5号に規定する期間に在園した園児（以下「見舞金対象園児」という。）とする。

（見舞金）

第20条 見舞金対象園児に対し、アスベスト関連疾患発症のおそれによる不安な思い、及び事案発生から対策構築まで長期間を要したこと等により、見舞金を支払うものとする。

（見舞金の額）

第21条 見舞金の額は、10,000円とする。

（見舞金の申請手続き）

第22条 見舞金の支給を受けようとする見舞金対象園児は、本人確認書類を添付して、アスベスト健康被害対策見舞金申請書（第8号様式）を市長に提出するものとする。

2 見舞金の申請期間については、本要綱施行後、第3条第1号及び第2号に規定する期間の見舞金対象園児を除き、5年間とする。

（見舞金の判定）

第23条 前条の規定により申請があったときは、保育課において、本人確認書類及び在園管理台帳により、見舞金対象園児であるか判定するものとする。

（見舞金の決定）

第24条 市長は、前条により見舞金対象園児と判定した場合は、速やかにアスベスト健康被害対策見舞金決定通知書（第9号様式）により通知するものとする。

第5章 補則

（対策の見直し）

第25条 保育園におけるアスベスト事案に関し、新たな事実が判明した場合、又は医療技術の進歩により検診手法の見直し等があった場合については、市長は委員会に助言を求め、委員会の検討結果に基づく対策を講じるものとする。なお、対策の見直しにあつ

っては、園児及びその保護者に対し、周知するとともに、ホームページ等による周知も行うものとする。

(改正手続)

第26条 市長は、この要綱の改正を行うときは、事前に委員会と協議し、その結果に基づいて改正を行うものとする。ただし、法改正に伴う用語の変更又は組織改正に伴う組織名称の変更に係る改正については、この限りでない。

(事務担当)

第27条 対策の実施に係る事務は、子ども青少年部保育課が行うものとする。

(委任)

第28条 この要綱に定めるもののほか、対策の実施に関し必要な事項は、市長が別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、平成30年12月21日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年3月10日から施行する。

第1号様式（第4条関係）

在園管理台帳

台帳管理番号

園児に関する情報	
ふりがな 園児氏名	※旧姓 ()
生年月日	西暦 年 月 日生
在園時の住所 ・連絡先	〒 TEL
現在の住所 ・連絡先	〒 TEL E-mail
転居後の住所 ・連絡先1 (転居日 . .)	〒 TEL E-mail
転居後の住所 ・連絡先2 (転居日 . .)	〒 TEL E-mail
保育園在園期間	西暦 年 月～ 年 月
既往歴	

保護者に関する情報	
ふりがな 保護者氏名	

在園確認の記録	
確認日	西暦 年 月 日
確認文書等	

第2号様式（第5条関係）

藤沢市長

在園確認申出書

次のとおり、在園を証明する資料等を添えて、藤沢市立浜見保育園の在園確認を申し出ます。また、記載内容について、市が調査することに同意します。

ふりがな	
園児氏名	※旧姓（ ）
生年月日	年 月 日生
在園時の住所 ・連絡先	〒 TEL ()
現在の住所 ・連絡先	<input type="checkbox"/> 上記に同じ。※異なる場合は、記載してください。 〒 TEL () E-mail
保育園在園期間	年 月～ 年 月
在園を証明する資料	<input type="checkbox"/> 保育園でのイベント写真 <input type="checkbox"/> 保育園で作った作品の写真 <input type="checkbox"/> 保育園とやり取りするお便り帳などの写し <input type="checkbox"/> 卒園アルバムや集合写真 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

年 月 日 住所 _____

氏名 _____

(本人以外の場合は、続柄：)

※ 氏名の欄は、署名（自署）をしてください。

第3号様式（第12条関係）

藤沢市長

胸部X線写真取得費用申出書

次のとおり、アスベスト検診の読影に使用する胸部X線写真の取得に要した費用を申し出ます。

取得に要した費用	円
(内訳)	<input type="checkbox"/> 複写手数料 円 <input type="checkbox"/> 撮影料 円 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
取得した医療機関等	
胸部X線写真の撮影日	
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

年 月 日 住所 _____

氏名 _____

※ 氏名の欄は、署名（自署）をしてください。

第4号様式（第12条関係）

藤沢市長

アスベスト関連疾患検診受診報告書

次のとおり、藤沢市が行うレントゲン撮影機会に参加したので、報告します。

撮影機会の日時	年 月 日
撮影機会の場所	

_____年 月 日 住所 _____

氏名 _____

※ 氏名の欄は、署名（自署）をしてください。

第5号様式（第16条関係）

藤沢市長

アスベスト健康被害対策補償・給付申出書

次のとおり、アスベスト関連疾患と診断されたので、医療機関等の診断書等を添えて、申し出ます。

診断日	年 月 日
診断した医療機関等	
病名	<input type="checkbox"/> 中皮腫 <input type="checkbox"/> 原発性肺がん <input type="checkbox"/> びまん性胸膜肥厚 <input type="checkbox"/> 良性石綿胸水 <input type="checkbox"/> 国際がん研究機関（IARC）が アスベスト関連疾患と認めるもの
添付書類	<input type="checkbox"/> 医療機関等の診断書 <input type="checkbox"/> 職歴・家族歴・居住歴申出書 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

年 月 日 住所 _____

氏名 _____

※ 氏名の欄は、署名（自署）をしてください。

第 6 号様式（第 1 6 条関係）

藤沢市長

職歴・家族歴・居住歴申出書

次のとおり、職歴・家族歴・居住歴を申し出ます。また、記載内容及びそれに関連する事項について、市が専門家に依頼し、調査することに同意します。

1 職歴

在籍期間	職種	事業所名・所在地	事業所での石綿の取扱
年 月 ～ 年 月			有・無
年 月 ～ 年 月			有・無
年 月 ～ 年 月			有・無
年 月 ～ 年 月			有・無

2 家族歴

ご家族の中にアスベストを扱う仕事をしていて、作業着を持ち帰っていたなど、ご家庭にアスベストを持ち込む状況がある場合はご記入ください。

氏名	続柄	事業所名	当該状況の期間
			年 月 ～ 年 月
			年 月 ～ 年 月

3 居住歴

居住期間	住所
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月	

年 月 日 住所 _____

氏名 _____

※ 氏名の欄は、署名（自署）をしてください。

第7号様式（第18条関係）

年 月 日
(年)

様

藤沢市長

アスベスト健康被害対策補償・給付決定通知書

年 月 日付けで申出のありましたアスベスト健康被害対策補償・給付について、次のとおり決定しましたので通知します。

<input type="checkbox"/> 補償制度の対象とし、 (内訳) として、 円を支払います。
<input type="checkbox"/> 給付制度の対象とし、1,000,000円を支払います。
<input type="checkbox"/> 補償制度及び給付制度の対象外です。
※判定理由

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った翌日から起算して3か月以内に、藤沢市長に対して、審査請求をすることができます。

この処分については、上記審査請求を行ったか否かにかかわらず、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に藤沢市を被告として横浜地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます。

なお、上記の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に藤沢市を被告として横浜地方裁判所にこの処分の取消しの訴えを提起することができます。

以 上

(事務担当)

藤沢市 保育課

Tel 0466-50-3526

藤沢市長

アスベスト健康被害対策見舞金申請書

次のとおり申請します。

ふりがな	
氏 名	
生年月日	年 月 日生
住 所	〒 電話 ()
添付書類 (本人確認書類) ※氏名、生年月日、 住所が確認できる もの	<input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> マイナンバーカード（表面）の写し <input type="checkbox"/> 旅券（パスポート）の写し <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

※ 氏名の欄は、署名（自署）をしてください。

第9号様式（第24条関係）

年 月 日
(年)

様

藤沢市長

アスベスト健康被害対策見舞金決定通知書

年 月 日付けで申請いただきましたアスベスト健康被害対策見舞金について、次のとおり決定しましたので通知します。

<input type="checkbox"/> 見舞金の対象とし、10,000円を支給します。
<input type="checkbox"/> 見舞金の対象外です。
※対象外とした理由

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った翌日から起算して3か月以内に、藤沢市長に対して、審査請求をすることができます。

この処分については、上記審査請求を行ったか否かにかかわらず、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に藤沢市を被告として横浜地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます。

なお、上記の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に藤沢市を被告として横浜地方裁判所にこの処分の取消しの訴えを提起することができます。

以 上

(事務担当)

藤沢市 保育課

Tel 0466-50-3526

Fax 0466-50-8446

藤沢市立浜見保育園園児アスベスト健康被害対策補償・給付要領

(目的)

第1条 この要領は、藤沢市立浜見保育園園児アスベスト健康被害対策に係る補償及び給付の給付の内容及び支給内容について、必要な事項を定めるものとする。

(用語)

第2条 この要領において使用する用語は、藤沢市立浜見保育園園児アスベスト健康被害対策実施要綱（平成30年12月21日施行。以下「要綱」という。）において使用する用語の例による。

(申出の対象園児)

第3条 申出の対象園児（以下単に「対象園児」という。）は、次の各号に規定する期間に在園した園児のうち、アスベスト関連疾患を発症した者とする。ただし、第3号については、在園期間が1年以下の場合を除くものとする。

- (1) 昭和47年 4月1日～昭和59年10月31日 吹付けアスベストが露出
- (2) 昭和59年11月1日～昭和60年 2月28日 改修工事
- (3) 平成11年 4月1日～平成16年 3月31日 雨漏り
- (4) 平成16年 4月1日～平成18年 2月28日 雨漏り・天井板外し等

(対象園児による申出)

第4条 対象園児で本市が実施する健康被害対策に基づく支給を受けようとする者（以下「申出園児」という。）は、アスベスト健康被害対策補償・給付申出書（要綱第5号様式）に、次に掲げる書類を添えて市長に提出するものとする。

- (1) 医療機関等の診断書
- (2) 職歴・家族歴・居住歴申出書（要綱第6号様式）
- (3) その他市長が必要と認めた書類

- 2 前項の申出については、申出園児の配偶者、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹が代理人として行うことができるものとする。
- 3 市長は、第1項第2号の職歴・家族歴・居住歴申出書による申出園児の同意に基づき、申出園児又はその親族からの聞き取り調査を弁護士等の専門家に依頼し、対象園児に係る調査資料を作成するものとする。
- 4 市長は、第1項の規定による申出があったときは、2か月以内に、申出園児のアスベスト関連疾患罹患の有無及び同疾患と保育園との起因性（以下「起因性」という。）の判定について調査・認定部会に諮問するものとする。
- 5 調査・認定部会による判定は、別に定めるアスベスト起因性認定基準によるものとし、必要に応じて病理専門医による診断結果を参考に用いるものとする。

(申出園児への認定)

第5条 市長は、前条第4項の調査・認定部会への諮問に対する答申に基づき、次の各号のいずれかの認定を行うものとする。ただし、中皮腫の罹患の有無の判定

は、石綿による健康被害の救済に関する法律（平成18年法律第4号）第4条第2項の認定をもって行うものとする。

- (1) アスベスト関連疾患に罹患しており、起因性があるため、申出園児は補償制度の対象である。
 - (2) アスベスト関連疾患に罹患しており、起因性は認められないが、発症に際して当該事案が寄与している可能性も完全に否定できない状況で、他の発症原因に起因すると考えられない場合は、申出園児は給付制度の対象である。
 - (3) アスベスト関連疾患に罹患していないか、又は、起因性がないため、申出園児は補償制度及び給付制度の対象外である。
- 2 市長は、前項の認定結果を速やかに、アスベスト健康被害対策補償・給付決定通知書（要綱第7号様式）により、申出園児に通知するものとする。
 - 3 市長は、第1項第2号の認定を受けた申出園児のアスベスト関連疾患が治癒したと調査・認定部会で判定した場合は、治癒したと判定した日をもって、当該認定を取り消すものとする。

（給付金）

第6条 給付金は、1,000,000円の一時金とする。

（給付金の支給申請）

- 第7条 第5条第1項第2号の認定を受けた申出園児（以下「給付対象園児」という。）は、給付金の支給を申請するときは、アスベスト健康被害対策給付金支給申請書（第1号様式）に本人確認書類等を添えて、市長に提出するものとする。
- 2 給付対象園児が第4条第1項の申出後に死亡した場合において第25条に規定する遺族等が次項及び第4項の規定により給付の権利を継承したときは、当該遺族等は給付金の支給を申請することができる。
 - 3 第25条に規定する遺族等は、その権利の継承を受けようとするときは、給付権利継承申出書（第2号様式）に死亡診断書を添えて市長に提出するものとする。
 - 4 市長は、第25条に規定する遺族等から前項の申出があった場合は、給付対象園児の権利を引き継ぐ者を決定し、給付権利継承者決定通知書（第3号様式）により通知するものとする。

（給付金の支給決定）

- 第8条 市長は、前条第1項及び第2項の支給申請があったときは、その内容を審査し、給付の可否を決定する。
- 2 市長は、給付金の給付の可否を決定したときは、アスベスト健康被害対策給付金支給決定通知書（第4号様式）により申請者に通知するものとする。

（治療費）

第9条 治療費は、第5条第1項第1号の認定を受けた申出園児（以下「補償対象園児」という。）が、アスベスト関連疾患に係る診療、薬剤又は治療材料の支給並びに処理、手術その他の治療のために医療機関等に支払った自己負担分相当額とする。ただし、第4条第1項の申出に係る書類を市が受理した日の2年前以降

の治療費について支給するものとする。

- 2 前項の自己負担分相当額は、補償対象園児の高額療養費の自己負担限度額を上限として、補償対象園児が支払った治療費で健康保険等の公的医療保険制度が適用される診療費用とする。
- 3 第1項の自己負担額相当額のほか、通院及び移送に際し、現実に支出した費用相当額を治療費に含めるものとする。

(治療費の支給申請)

第10条 補償対象園児は、治療費の支給を申請するときは、アスベスト健康被害対策治療費支給申請書(第5号様式)に医療機関等からの領収書及び健康保険等の公的保険制度の限度額適用認定証の写し等を添えて、市長に提出するものとする。

- 2 補償対象園児が第4条第1項の申出後に死亡した場合において第25条に規定する遺族等が次項及び第4項により補償の権利を継承したときは、当該遺族等は治療費の支給を申請することができる。
- 3 第25条に規定する遺族等は、その権利の継承を受けようとするときは、補償権利継承申出書(第6号様式)に死亡診断書を添えて市長に提出するものとする。
- 4 市長は、第25条に規定する遺族等から前項の申出があった場合は、補償対象園児の権利を引き継ぐ者(以下「補償権利継承者」という。)を決定し、補償権利継承者決定通知書(第7号様式)により通知するものとする。

(治療費の支給決定)

第11条 市長は、治療費の支給申請について提出書類により適正と判断した場合は支給を決定し、アスベスト健康被害対策治療費支給決定通知書(第8号様式)により通知するものとする。

- 2 市長は、前項の判断に専門性を要する場合は、調査・認定部会の意見を聞くものとする。
- 3 市長は、補償権利継承者からの治療費の支給申請について補償対象園児へ支給決定された治療費がある場合は、当該金額を除いて支給決定するものとする。

(給付基礎日額)

第12条 補償に関する給付の基礎となる日額(以下「給付基礎日額」という。)は、厚生労働省の賃金構造基本統計調査報告(以下「賃金センサス」という。)の平均賃金(全労働者の年齢別の毎月きまって支給する現金給与額。補償対象園児が満70歳以上の場合は、2分の1とする。)に12を乗じて365で除して得た額の80%相当額とする。

- 2 給付基礎日額は、補償対象園児の年齢に応じ、前々年の賃金センサスの確定値を用いて算出するものとする。

(休業・生活補償)

第13条 休業・生活補償の額は、補償対象園児がアスベスト関連疾患によって労

働ることができない程度の心身の状態、又は、日常生活に著しい制限を受ける程度の心身の状態にある場合の日数に、給付基礎日額を乗じた額とする。ただし、第4条第1項の申出に係る書類を市が受理した日の2年前以降の部分について支給するものとする。

(休業・生活補償の支給申請)

第14条 補償対象園児は、休業・生活補償を請求するときは、医療機関の証明を受けたアスベスト健康被害対策休業・生活補償給付支給申請書(第9号様式)に症状(生活状況)申告書(第10号様式)を添えて、市長に提出しなければならない。

- 2 補償対象園児は、継続して休業・生活補償の支給を受ける場合は、アスベスト健康被害対策休業・生活補償給付支給申請書を毎月、提出するものとする。
- 3 市長は、前項の規定による支給申請書の提出があった場合は、労働することができない程度の心身の状態、又は、日常生活に著しい制限を受ける程度の心身の状態にあると認められる日数を特定するものとする。
- 4 第1項及び第2項の支給申請書の取得に係る費用は、市が負担するものとする。
- 5 第25条に規定する遺族等による休業・生活補償の請求は、第10条第2項から第4項までの規定を準用する。

(休業・生活補償の支給決定)

第15条 市長は、休業・生活補償の支給申請について提出書類により適正と判断した場合は支給を決定し、アスベスト健康被害対策休業・生活補償支給決定通知書(第11号様式)により通知するものとする。

- 2 前項の規定による支給決定の判断については、第11条第2項の規定を準用する。
- 3 第25条に規定する遺族等による休業・生活補償の請求に対する支給決定は、第11条第3項の規定を準用する。

(葬祭費)

第16条 葬祭費は、補償対象園児が認定されていたアスベスト関連疾患を原因として死亡した場合に第25条に規定する遺族等に支給するもので、315,000円に給付基礎日額の30日分を加えたものとする。ただし、この額が給付基礎日額の60日分に満たない場合は、給付基礎日額の60日分とする。

- 2 前項の給付基礎日額は、補償対象園児の死亡時点の年齢に応じて算出するものとする。

(弔慰金)

第17条 弔慰金は、補償対象園児が死亡した場合に、その死亡原因にかかわらず第25条に規定する遺族等に支給するものとして、3,000,000円の一時金とする。

(遺族補償)

第18条 遺族補償は、補償対象園児が認定されていたアスベスト関連疾患を原因として死亡した場合に第25条に規定する遺族等に支給するものとして、給付基礎日額の1000日分の一時金とする。

2 前項の給付基礎日額は、第16条第2項に準じて算出するものとする。

(葬祭費等の支給申請)

第19条 第25条に規定する遺族等は、補償対象園児の死亡後、葬祭費、弔慰金及び遺族補償の支給を申請するときは、アスベスト健康被害対策葬祭費・弔慰金・遺族補償支給申請書(第12号様式)に死亡診断書等を添えて、市長に提出しなければならない。

(葬祭費等の支給決定)

第20条 市長は、葬祭費、弔慰金及び遺族補償の支給申請について提出書類により適正と判断した場合は支給を決定し、アスベスト健康被害対策葬祭費・弔慰金・遺族補償支給決定通知書(第13号様式)により通知するものとする。

2 市長は、弔慰金の支給を除き、補償対象園児の死亡原因がアスベスト関連疾患によるものかの判定を行うため、調査・認定部会に諮問するものとする。

(遺族等による申出)

第21条 対象園児が第4条第1項の申出を行うことなく死亡し、第25条に規定する遺族等が、本市が実施する健康被害対策に基づく支給を受けようとする場合は、アスベスト健康被害対策補償・給付申出書(要綱第5号様式)に、次に掲げる書類を添えて市長に提出するものとする。

(1) 対象園児に係る医療機関等の死亡診断書

(2) 対象園児に係る職歴・家族歴・居住歴申出書(要綱第6号様式)

(3) その他市長が必要と認めた書類

2 第25条に規定する遺族等は、対象園児が死亡した日から起算して15年を経過したときは、前項の申出ができない。

3 前項の規定にかかわらず、第25条に規定する遺族等は、要綱の施行前に対象園児が死亡している場合は令和15年12月20日を経過したときは、第1項の申出ができない。

4 第25条に規定する遺族等による申出に対する判定については、第4条第3項から第5項までの規定を準用する。

(遺族等への認定)

第22条 市長は、前条の申出に係る調査・認定部会への諮問に対する答申に基づき、次の各号のいずれかの認定を行うものとする。ただし、中皮腫の罹患の有無の判定は、石綿による健康被害の救済に関する法律(平成18年法律第4号)第4条第2項の認定をもって行うものとする。

(1) 対象園児がアスベスト関連疾患に罹患しており、起因性があるため、当該対象園児は補償制度の対象であった。

(2) 対象園児がアスベスト関連疾患に罹患しており、起因性は認められないが、

発症に際して当該事案が寄与している可能性も完全に否定できない状況で、他の発症原因が考えられないため、当該対象園児は給付制度の対象であった。

(3) 対象園児がアスベスト関連疾患に罹患していなかったか、又は、起因性がな
いたため、当該対象園児は補償制度及び給付制度の対象外であった。

2 市長は、前項の認定結果を速やかに、アスベスト健康被害対策補償・給付認定
結果通知書により通知するものとする。

(遺族等への給付金の支給)

第23条 給付金はその死亡原因にかかわらず、前条第1項第1号の認定を受けた
第25条に規定する遺族等に支給するものとし、その支給手続は、第7条第1項
及び第8条の規定を準用するものとする。

(遺族等への治療費等の支給)

第24条 第22条第1項第2号の認定を受けた第25条に規定する遺族等によ
る治療費、休業・生活補償、葬祭費、弔慰金及び遺族補償の内容及び支給手続は、
第9条、第10条第1項、第11条第1項及び第2項、第12条、第13条、第
14条第1項及び第4項、第15条第1項及び第2項、第16条から第18条ま
で及び第20条の規定を準用するものとする。ただし、治療費及び休業・生活補
償は、第21条第1項の申出の日の2年前以降の部分について支給するものとし、
給付基礎日額は第21条第1項の申出があった年の前々年の年次の賃金センサ
スの確定値を用いるものとする。

(遺族等)

第25条 この要領における遺族等は、対象園児の死亡の当時において次の各号の
いずれかに該当するものとする。

(1) 配偶者

(2) 子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹

(3) 前2号に掲げる者以外の者で対象園児と生計を一にしていたもの

2 支給を行う場合の遺族等の順位は、前項各号の順序とし、前項第2号に掲げる
者のうちにあつては同号に掲げる順序とする。

(疑義等の決定)

第26条 この要領に疑義があるとき、又はこの要領に定めのない事項については
本制度の趣旨に従って、市長が決定するものとする。

2 前項の決定については、必要に応じ、調査・認定部会の意見を聴くものとする。

(不正利得の徴収)

第27条 偽りその他不正の手段により補償・給付の支給を受けた場合は、その補
償・給付に要した費用に相当する金額の全部又は一部をその者から徴収するこ
とができる。

(雑則)

第28条 この要領に定めるもののほか、本件の補償金の内容及び支給手続については、労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）に基づく労災制度及び石綿による健康被害の救済に関する法律に基づく救済給付制度その他の健康被害補償制度を参考にして本制度の趣旨に従い運用するものとする。

附 則

この要領は、令和3年10月4日から施行する。

第1号様式（第7条関係）

年 月 日

藤沢市長

アスベスト健康被害対策給付金支給申請書

次のとおり申請します。

ふりがな	
氏 名	
生年月日	年 月 日生
住 所	〒 電話 ()
添付書類 (本人確認書類) ※氏名、生年月日、 住所が確認できる もの	<input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> マイナンバーカード（表面）の写し <input type="checkbox"/> 旅券（パスポート）の写し <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

※ 氏名の欄は、署名（自署）をしてください。

第2号様式（第7条関係）

年 月 日

藤沢市長

給付権利継承申出書

次のとおり権利を継承することを申し出ます。

ふりがな	
支給対象者氏名	
生年月日	年 月 日生
住 所	〒 電話 ()

ふりがな		支給対象者との関係
継承者氏名		
生年月日	年 月 日生	
住 所	〒 電話 ()	
継承理由		
添付書類	(本人確認書類 ※氏名、生年月日、住所が確認できるもの) <input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> マイナンバーカード (表面) の写し <input type="checkbox"/> 旅券 (パスポート) の写し <input type="checkbox"/> (支給対象者の死亡及び支給対象者との関係の確認ができるもの) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/>	

第3号様式（第7条関係）

年 月 日

（ 年）

様

藤沢市長

給付権利継承者決定通知書

年 月 日付で申出のありました給付権利継承申請について、次のとおり決定しましたので通知します。

支給対象者氏名	
<input type="checkbox"/> 権利継承を認めます。 (継承者氏名)	
<input type="checkbox"/> 権利継承を認めません。	
※判定理由	

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った翌日から起算して3か月以内に、藤沢市長に対して、審査請求をすることができます。

この処分については、上記審査請求を行ったか否かにかかわらず、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に藤沢市を被告として横浜地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます。

なお、上記の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に藤沢市を被告として横浜地方裁判所にこの処分の取消しの訴えを提起することができます。

以 上
(事務担当)

藤沢市 保育課

Tel 0466-50-3526

第4号様式（第8条関係）

年 月 日
(年)

様

藤沢市長

アスベスト健康被害対策給付金支給決定通知書

年 月 日付で申請いただきましたアスベスト健康被害対策給付金支給申請について、次のとおり決定しましたので通知します。

支給対象者氏名	
<input type="checkbox"/> 給付金の対象とし、1,000,000円を支給します。	
<input type="checkbox"/> 給付金の対象外です。	
※対象外とした理由	

つきましては、支給について指定口座への振り込みとさせていただきますので、口座振替依頼書に必要事項を記載のうえ、同封の返信用封筒にて藤沢市保育課に返送していただきますようお願いいたします。

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った翌日から起算して3か月以内に、藤沢市長に対して、審査請求をすることができます。

この処分については、上記審査請求を行ったか否かにかかわらず、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に藤沢市を被告として横浜地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます。

なお、上記の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に藤沢市を被告として横浜地方裁判所にこの処分の取消しの訴えを提起することができます。

以 上

(事務担当)

藤沢市 保育課

Tel 0466-50-3526

第5号様式（第10条関係）

年 月 日

藤沢市長

アスベスト健康被害対策治療費支給申請書

次のとおり申請します。

ふりがな	
氏 名	
生年月日	年 月 日生
住 所	〒 電話 ()
診療日	年 月 日
病名	
申請項目	<input type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> その他 ()
自己負担額	円

※ 氏名の欄は、署名（自署）をしてください。

第6号様式（第10条関係）

年 月 日

藤沢市長

補償権利継承申出書

次のとおり権利を継承することを申し出ます。

ふりがな	
支給対象者氏名	
生年月日	年 月 日生
住 所	〒 電話 ()

ふりがな		補償対象者氏名との関係
継承者氏名		
生年月日	年 月 日生	
住 所	〒 電話 ()	
継承する項目	<input type="checkbox"/> 治療費 <input type="checkbox"/> 休業・生活補償	
継承理由		
添付書類	(本人確認書類 ※氏名、生年月日、住所が確認できるもの) <input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> マイナンバーカード（表面）の写し <input type="checkbox"/> 旅券（パスポート）の写し <input type="checkbox"/> (支給対象者の死亡及び支給対象者との関係の確認ができるもの) <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/>	

第7号様式（第10条関係）

年 月 日

様

藤沢市長

補償権利継承者決定通知書

年 月 日付で申出のありました補償権利継承申請について、次のとおり決定しましたので通知します。

支給対象者氏名	
<input type="checkbox"/> 権利継承を認めます。 (継承者氏名)	
<input type="checkbox"/> 権利継承を認めません。	
※判定理由	

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った翌日から起算して3か月以内に、藤沢市長に対して、審査請求をすることができます。

この処分については、上記審査請求を行ったか否かにかかわらず、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に藤沢市を被告として横浜地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます。

なお、上記の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する判決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に藤沢市を被告として横浜地方裁判所にこの処分の取消しの訴えを提起することができます。

以 上

(事務担当)

藤沢市 保育課

Tel 0466-50-3526

第8号様式（第11条関係）

年 月 日
(年)

様

藤沢市長

アスベスト健康被害対策治療費支給決定通知書

年 月 日付で申請いただきましたアスベスト健康被害対策治療費支給申請について、次のとおり決定しましたので通知します。

支給対象者氏名	
<input type="checkbox"/> 治療費の支給対象とし、	円を支給します。
<input type="checkbox"/> 治療費の支給対象外です。	
※対象外とした理由	

つきましては、支給について指定口座への振り込みとさせていただきますので、口座振替依頼書に必要事項を記載のうえ、同封の返信用封筒にて藤沢市保育課に返送していただきますようお願いいたします。

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った翌日から起算して3か月以内に、藤沢市長に対して、審査請求をすることができます。

この処分については、上記審査請求を行ったか否かにかかわらず、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に藤沢市を被告として横浜地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます。なお、上記の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に藤沢市を被告として横浜地方裁判所にこの処分の取消しの訴えを提起することができます。

以 上

(事務担当)

藤沢市 保育課

Tel 0466-50-3526

藤沢市長

アスベスト健康被害対策休業・生活補償給付支給申請書

本人記入欄

(フリガナ) ①氏名	(歳)
生年月日	年 月 日
住 所	〒
発病年月日	年 月 日

診療担当者の証明

②病名	
③療養の 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日間 ※診療実日数 日
病気の 経 過	④療養の現況 ・ 年 月 日 治癒 ・ 死亡 ・ 転医 ・ 中止 ・ 継続中
	⑤療養のために、労働することができず、又は、日常生活に著しい制限を受ける程度 の心身の状態にあると認められる日数 年 月 日から 年 月 日まで 日間のうち 日
	⑥現在の病状・治療内容
①の者については、②から⑥までに記載したとおりであることを証明します。	
〒 _____ TEL () _____	
年 月 日	
所 在 地	
名 称	
診療担当者氏名 _____ 印 _____	

上記により休業・生活補償給付の支給を請求します。

〒 _____ TEL () _____

年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

診療担当者の方へ

「⑤療養のために、労働することができず、又は、日常生活に著しい制限を受ける程度の心身の状態にあると認められる日数」の欄は、次の要領でご判断いただき、その日数をご記入ください。

- 1 患者さんが勤務等して就労されている方は、労働災害補償保険における休業補償給付支給請求の場合の「休業」と同様に、その休業に相当する程度に、日常生活に著しい制限を受ける程度の心身の状態にあった日の日数をご判断ください。
- 2 就労されていない方は、1の「休業」に準じて、患者さんが家事や家庭内の作業、事務又は地域・社会内における活動、その他生活上の行動がほとんどできない程度に、日常生活に著しい制限を受ける状態にあった日の日数をご判断くださ

症状 (生活状況) 申告書

曜		曜		曜		曜		曜		曜	
1		2		3		4		5		6	
症状:		症状:		症状:		症状:		症状:		症状:	
生活状況:		生活状況:		生活状況:		生活状況:		生活状況:		生活状況:	
受診: 有 無		受診: 有 無		受診: 有 無		受診: 有 無		受診: 有 無		受診: 有 無	
8		9		10		11		12		13	
症状:		症状:		症状:		症状:		症状:		症状:	
生活状況:		生活状況:		生活状況:		生活状況:		生活状況:		生活状況:	
受診: 有 無		受診: 有 無		受診: 有 無		受診: 有 無		受診: 有 無		受診: 有 無	
15		16		17		18		19		20	
症状:		症状:		症状:		症状:		症状:		症状:	
生活状況:		生活状況:		生活状況:		生活状況:		生活状況:		生活状況:	
受診: 有 無		受診: 有 無		受診: 有 無		受診: 有 無		受診: 有 無		受診: 有 無	
22		23		24		25		26		27	
症状:		症状:		症状:		症状:		症状:		症状:	
生活状況:		生活状況:		生活状況:		生活状況:		生活状況:		生活状況:	
受診: 有 無		受診: 有 無		受診: 有 無		受診: 有 無		受診: 有 無		受診: 有 無	
29		30		31		備考					
症状:		症状:		症状:							
生活状況:		生活状況:		生活状況:							
受診: 有 無		受診: 有 無		受診: 有 無							

記入開始日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 記入終了日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

休業・生活制限に相当する日数: _____ 日間中 _____ 日間

藤 沢 市 長

上記の記載内容に相違ありません。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 氏 名 _____ 印

記載上の注意点

1 「症状」の記入例

発熱, 胸痛, 腹痛, 背痛, 頭痛, 喉痛, 息苦しい, めまい, 激しい咳込み 等々

2 「休業・生活制限に相当する日」とは次のような日を言います。

病気により, 出勤などして仕事をする事ができないような心身の状態にあった日, あるいは, 家事や家庭内の作業・事務等又は地域・社会における活動などがほとんどできないような心身の状態にあった日, もしくは, それらに準ずるような状態にあった日。

第11号様式 (第15条関係)

年 月 日
(年)

様

藤沢市長

アスベスト健康被害対策休業・生活補償支給決定通知書

年 月 日付で申請いただきましたアスベスト健康被害対策休業補償支給申請について、次のとおり決定しましたので通知します。

支給対象者氏名	
<input type="checkbox"/> 休業・生活補償の支給対象とし、 (支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで)	円を支給します。
<input type="checkbox"/> 休業・生活補償の支給対象外です。	
※対象外とした理由	

つきましては、支給について指定口座への振り込みとさせていただきますので、口座振替依頼書に必要事項を記載のうえ、同封の返信用封筒にて藤沢市保育課に返送していただきますようお願いいたします。

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った翌日から起算して3か月以内に、藤沢市長に対して、審査請求をすることができます。

この処分については、上記審査請求を行ったか否かにかかわらず、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に藤沢市を被告として横浜地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます。なお、上記の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に藤沢市を被告として横浜地方裁判所にこの処分の取消しの訴えを提起することができます。

以 上

(事務担当)

藤沢市 保育課

Tel 0466-50-3526

第12号様式（第19条関係）

年 月 日

藤沢市長

アスベスト健康被害対策葬祭費・弔慰金・遺族補償支給申請書

次のとおり申請します。

ふりがな	
対象者氏名	
生年月日	年 月 日生
住 所	〒 電話 ()

ふりがな		対象者との関係
ご遺族氏名		
生年月日	年 月 日生	
住 所	〒 電話 ()	
申請する項目	<input type="checkbox"/> 葬祭費 <input type="checkbox"/> 弔慰金 <input type="checkbox"/> 遺族補償	
添付書類 （本人確認書類） ※氏名、生年月日、住所 が確認できるもの	<input type="checkbox"/> 運転免許証の写し <input type="checkbox"/> マイナンバーカード（表面）の写し <input type="checkbox"/> 旅券（パスポート）の写し <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

第13号様式 (第20条関係)

年 月 日
(年)

様

藤沢市長

アスベスト健康被害対策葬祭費・弔慰金・遺族補償支給決定通知書

年 月 日付で申請いただきましたアスベスト健康被害対策葬祭費・弔慰金・遺族補償支給申請について、次のとおり決定しましたので通知します。

支給対象者氏名	
<input type="checkbox"/> ○○金の対象とし、	円を支給します。
<input type="checkbox"/> ○○金の対象外です。	
※対象外とした理由	

つきましては、支給について指定口座への振り込みとさせていただきますので、口座振替依頼書に必要事項を記載のうえ、同封の返信用封筒にて藤沢市保育課に返送していただきますようお願いいたします。

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った翌日から起算して3か月以内に、藤沢市長に対して、審査請求をすることができます。

この処分については、上記審査請求を行ったか否かにかかわらず、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に藤沢市を被告として横浜地方裁判所に処分の取消しの訴えを提起することもできます。なお、上記の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に藤沢市を被告として横浜地方裁判所にこの処分の取消しの訴えを提起することができます。

以 上

(事務担当)

藤沢市 保育課

Tel 0466-50-3526