

傷病障害 給付変更決定通知書

通知年月日	年 月 日	通知番号	第 号
(給付を受ける者)  住 所.....  氏 名..... 殿  下記のとおり <sup>傷病障害</sup> 給付の変更の決定をしたので、通知します。		法 務 大 臣..... 印	
変 更 後		変 更 前	
傷病障害 <sup>等級</sup>	第 級	傷病障害 <sup>等級</sup>	第 級
傷病障害 <sup>給付年金の額</sup>	円	傷病障害 <sup>給付年金の額</sup>	円
障害給付一時金の額	円		
給付が変更になる年月 年 月			
備 考			