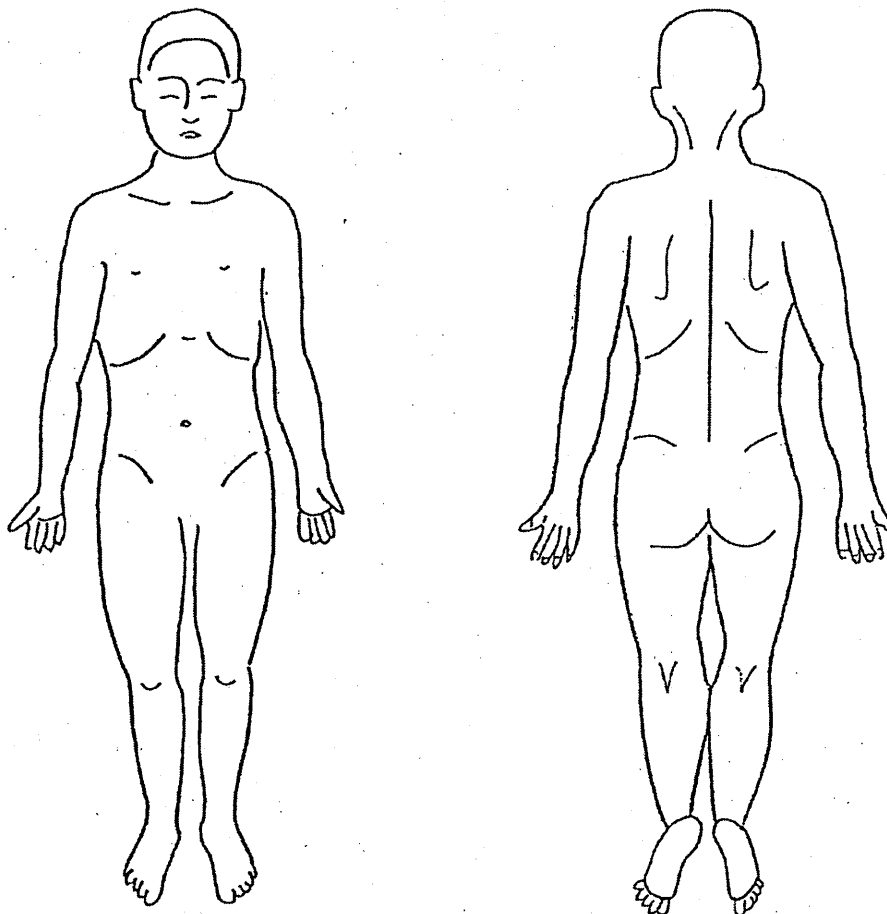


知覚異常に係る申立書

地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿

このことについて、次のとおり申し立てます。

- 1 知覚異常の部位（知覚異常の種類に応じて、適宜、色分けしてください。）



- 2 知覚異常の内容（痛み・しびれ等）・程度

- 3 知覚異常の起きる時期（どういう時に知覚異常を感じるか）とその継続時間

* 2、3は、知覚異常の種類や部位に応じて内容が異なる場合は、それぞれについて教えてください（別紙可）。

平成 年 月 日

所属

職名

氏名

印