

障害補償年金 支給停止終了通知書  
遺族補償年金

認定 番号	
----------	--

平成 年 月 日

----- 殿

地方公務員災害補償基金  
支部長 印

障害補償年金 遺族補償年金 の支給停止の終了について（通知）

標記について、下記のとおり ----- 補償年金の支給の停止が終了したので、通知します。

記

- 1 受給権者の氏名 -----
- 2 年金証書の番号 第 ----- 号
- 3 支給の停止された年金たる補償の種類  障害補償年金  遺族補償年金
- 4 支給の停止が終了した年月 ----- 平成 ----- 年 ----- 月 -----
- 5 支給を開始する年月 ----- 平成 ----- 年 ----- 月 -----
- 6 そ の 他 -----