

後 遺 障 害 申 立 書

		認定番号	〇 〇 - 〇 〇
傷 病 名	右下腿骨骨折	被災年月日	令和〇年 10月 11日
		治癒年月日	令和〇年 12月 13日
受診した医療機関 及び診療科名	郡山医院、福島県立医科大学附属病院		
<p>(後遺障害があると思う部位及びその程度その他参考事項)</p> <p>右下腿骨を骨折し、治療、手術を受けましたが、右足首関節を曲げることができず、また、同部位に常時疼痛が残っています。</p> <p>主治医の話では、これ以上治療を継続しても効果はなく、症状は固定しているため、右足首関節部の運動制限及び神経症状は残るとのことであった。</p>			
<p>上記のとおり申立てます。</p> <p>令和〇年〇〇月〇〇日</p> <p>福島県市町村総合事務組合管理者様</p> <p>所属・職名 〇〇市〇〇課 臨時事務補助員</p> <p>氏 名 福 島 太 郎</p>			