

## 公務傷病による恩給請求書

公務傷病による恩給を { 給与  
改定 } されたく、証拠書類を添えて請求します。

総務大臣 殿

年 月 日

(フリガナ)

**請求者氏名**

(※代筆の場合は、請求者の印を押してください。)

退職年月日	年 月 日
退職当時の 階級・官職名	
現住所	郵便番号 <span style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 5px;"></span> <span style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 5px;"></span> <span style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 5px;"></span> <span style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 5px;"></span>  都道 府県 <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>  (電話番号 <span style="display: inline-block; width: 100px; border-bottom: 1px solid black;"></span> - <span style="display: inline-block; width: 100px; border-bottom: 1px solid black;"></span> )