

様式第1号（第1条関係）

戦傷病者手帳交付請求書					
ふりがな		明治 大正	年 月 日生	もとの 身分等	
氏名		昭和			
個人番号					
本籍	()	現住所			
公務上の 傷病名					
障害の有無	有・無	障害名			
療養の要否	要・否	療養を必要とする傷病名			
療養を受けようとする医療機関の所在地及び名称		療養を必要とする期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	〔入院〕 〔入院外〕	
傷病恩給等の裁定状況	受給有無	種別	法	等級	項・款・目症 無期 有期（年月まで） 一時金
身体障害者手帳番号等	No.	第 級			
<p>戦傷病者特別援護法第4条の規定により戦傷病者手帳を交付されたく、関係書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>氏 名 ⑩</p> <p>都道府県知事 殿</p>					

注 意

- 1 本籍欄の（ ）内には、退職時の本籍を記載してください。
- 2 障害の有無欄、療養の要否欄及び傷病恩給等の裁定状況欄は、該当する文字を○でかこんでください。
- 3 傷病恩給等の裁定状況欄のうち、種別欄には、根拠法令を記載し、等級欄の無期、有期、一時金の別は該当する文字を○でかこみ、有期の場合は、その終期を記載してください。
- 4 最下欄の請求者の氏名を自署により記載する場合は、押印は必要ありません。

備考 この用紙は、A列4番とすること。