

様式第2号（第2条関係）

（第1面）

戦傷病者手帳

厚生労働省

（第2面）

写
真

契印

第 号

発行者 印

令和 年 月 日 交付

（第3面）

氏 名	
生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
軍人軍属 等の別	
現住所	
本 籍	
身体障害者 手帳番号等	第 号 第 級
(備考)	

（第4面）

障害事項（当初）	
障害の有無	有・無
障害名	
障害の程度	法 (支給の終期 年 月) 項・款・目症級
取扱者印	
(備考)	

(第5面)

障害事項 (変更)	
年月日	年月日
障害の有無	有・無
障害名	
障害の程度	法 (支給の終期 年 月)
	項・款・目 級 級
取扱者印	
(備考)	

(第6面)

療養認定事項						
傷病名	認定年月日		転帰年月日		取扱者印	
(備考)						

(第7面)

注意事項
1 療養の給付や更生医療の給付などは、この手帳だけでは受けられませんから、別に請求の手続きをとってください。
2 この手帳の記載事項に変更があつたときは、すぐその旨を届け出てください。
3 この手帳が不要になつたときは、発行者へお返してください。
4 この手帳は、他人に譲つたり、貸したりしてはいけません。
5 この手帳は、破つたり、なくさないように大切におもちください。