

療養費支給請求書

金 _____ 円

（内訳別紙のとおり）

戦傷病者特別援護法第17条の規定により令和 ____ 年 ____ 月分
療養費の支給を受けたく請求します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

現住所

戦傷病者
手帳番号

個人番号

氏 名

都道府県知事 _____ 殿

備考 この用紙は、A列4番とすること。