

療養手当支給請求書			
氏名		生年 月日	明治 大正 年 月 日生 昭和
戦傷病者手帳 第 号			
個人番号			
入院中の病院 又は診療所の 所在地・名称			
傷病名			
最近一年間 における療養の 状況	病院又は診療所の名称	入院期間	備考
		年 月から 年 月まで	
		年 月から 年 月まで	
		最寄の 郵便局名	
<p style="text-align: center;">戦傷病者特別援護法第18条の規定により療養手当の支給を受けたく請求します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">現住所 氏名 印</p> <p style="text-align: center;">都道府県知事 殿</p>			

注意 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。