

| 更生医療給付請求書 | | | |
|--|--|----------|-----------------------|
| 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 | | | |
| 障害名 | | 障害の程度 | |
| <p>戦傷病者特別援護法第20条の規定による更生医療の給付を受けたく、 関係書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>現住所</p> <p>氏名 ㊟</p> <p>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。