

様式第18号（附則第4項関係）

療養給付認定票交付請求書			
ふりがな		生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
氏名			
本籍		現住所	
もとの身分		復員年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
負傷又は疾病の名称		負傷又は疾病の発生年月	昭和 平成 令和 年 月 日
負傷又は疾病の発生した場所		療養の給付を必要とする期間	令和 年 月 日から（入院） 令和 年 月 日まで（入院外）
療養の給付を受けようとする医療機関の名称及び所在地			
<p>戦傷病者特別援護法附則第11項の規定により療養の給付を受けたく、関係書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>氏 名 ⑩</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。