様式第二号（第６条関係）

（表面）

障害年金額改定請求書

<table>
<tr><td colspan="3">―03―11―11―</td><td>審査データ番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="4">障害年金証書の記号番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">戦傷病者</td><td colspan="2">（フリガナ）
氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">性別</td><td colspan="2">生年月日</td><td colspan="2">※</td></tr>
<tr><td colspan="2">男　女</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">障害の程度
増進の状態</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">（フリガナ）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">住所</td><td colspan="4">（〒　―　）（電話　―　―　）</td></tr>
<tr><td colspan="4">障害年金の受領者</td><td colspan="2">他法給付の有無</td></tr>
<tr><td colspan="4">本人　成年後見人等　継続代理人</td><td colspan="2">有　無</td></tr>
</table>

（注意）　裏面も記載して下さい。

（裏面）

備　　考		予　備　番　号	

上記により、「戦傷病者戦没者遺族等援護法」による障害年金の額の改定を請求します。

平成　　年　　月　　日

フリガナ
氏名　　㊞

厚 生 労 働 大 臣　殿