様式第1号（第1条関係）

戦傷病者手帳交付請求書

ふりがな		明治 大正 昭和	年　月　日生	もとの 身分等	
氏　名					
個人番号					
本　籍	（　　）	現住所			
公務上の傷病名					
障害の有無	有・無	障害名			
療養の要否	要・否	療養を必要とする傷病名			
療養を受けようとする医療機関の所在地及び名称		療養を必要とする期間	平成　年　月　日から（入院 平成　年　月　日まで　入院外）		
傷病恩給等の裁定状況	受給 有 無	種別	法 等　項・款・目症 級　級		無期 有期（　年　月まで） 一時金
身体障害者手帳番号等	No.		第　級		

戦傷病者特別援護法第４条の規定により戦傷病者手帳を交付されたく、関係書類を添えて請求します。

平成　年　月　日

氏　名　　㊞

都道府県知事　　殿

注　意

１　本籍欄の（　）内には、退職時の本籍を記載してください。

２　障害の有無欄、療養の要否欄及び傷病恩給等の裁定状況欄は、該当する文字を○でかこんでください。

３　傷病恩給等の裁定状況欄のうち、種別欄には、根拠法令を記載し、等級欄の無期、有期、一時金の別は該当する文字を○でかこみ、有期の場合は、その終期を記載してください。

４　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、日本工業規格Ａ列４番とすること。