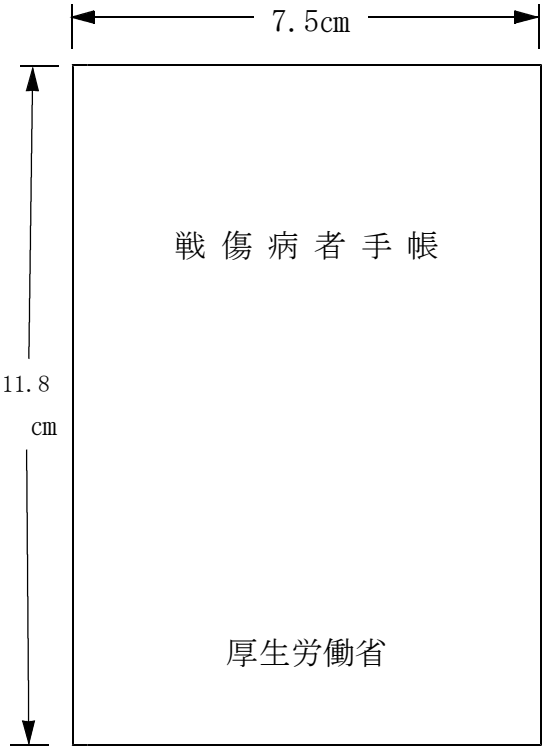
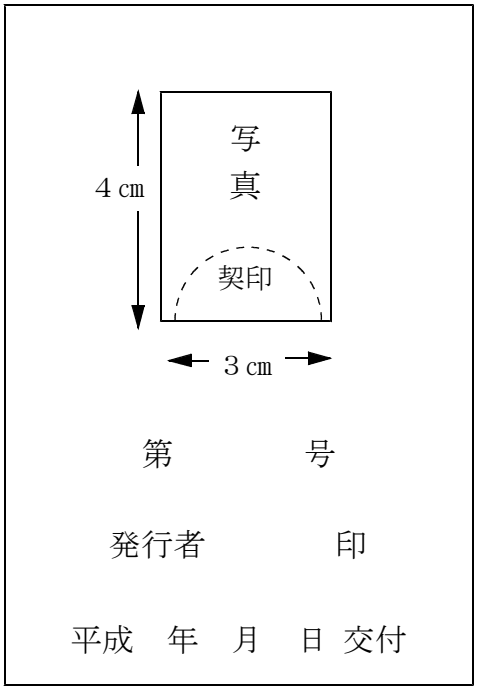
様式第2号（第2条関係）

（第１面）



（第２面）



（第３面）

氏　　名	
生年月日	明治 大正　　年　月　日 昭和
軍人軍属 等 の 別	
現 住 所	
本　　籍	
身体障害者 手帳番号等	第　　号　第　　級
（備考）	

（第４面）

障害事項（当初）		
障害の有無		有 ・ 無
障害名		
障害の程度	傷病恩給等の種別	法 （支給の終期　年　月）
	等　級	項・款・目症 級
取扱者印		
（備考）		

（第５面）

障害事項（変更）		
年月日		年　月　日
障害の有無		有・無
障害名		
障害の程度	傷病恩給等の種別	法 （支給の終期　年　月）
	等級	項・款・目症 級
取扱者印		
（備考）		

（第６面）

療養認定事項							
傷病名	認定年月日			転帰年月日			取扱者印
（備考）							

（第７面）

注　意　事　項

1　療養の給付や更生医療の給付などは、この手帳だけでは受けられませんから、別に請求の手続きをとつてください。

2　この手帳の記載事項に変更があつたときは、すぐその旨を届け出てください。

3　この手帳が不要になつたときは、発行者へお返しください。

4　この手帳は、他人に譲つたり、貸したりしてはいけません。

5　この手帳は、破つたり、なくさないように大切におもちください。