様式第13号（第12条関係）

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	

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。

平成　　年　　月　　日

現住所

氏　名　　㊞

都道府県知事　　殿

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、日本工業規格Ａ列４番とすること。