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 氏　　名		生年月日	明治 大正　　年　　月　　日 昭和
本　　籍		現　住　所	
もとの身分		復員年月日	昭和 　　年　　月　　日 平成
負傷又は疾病の名称		負傷又は疾病の発生年月	昭和 　　年　　月　　日 平成
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	平成　年　月　日から（入院） 平成　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			

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。

平成　　年　　月　　日

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。