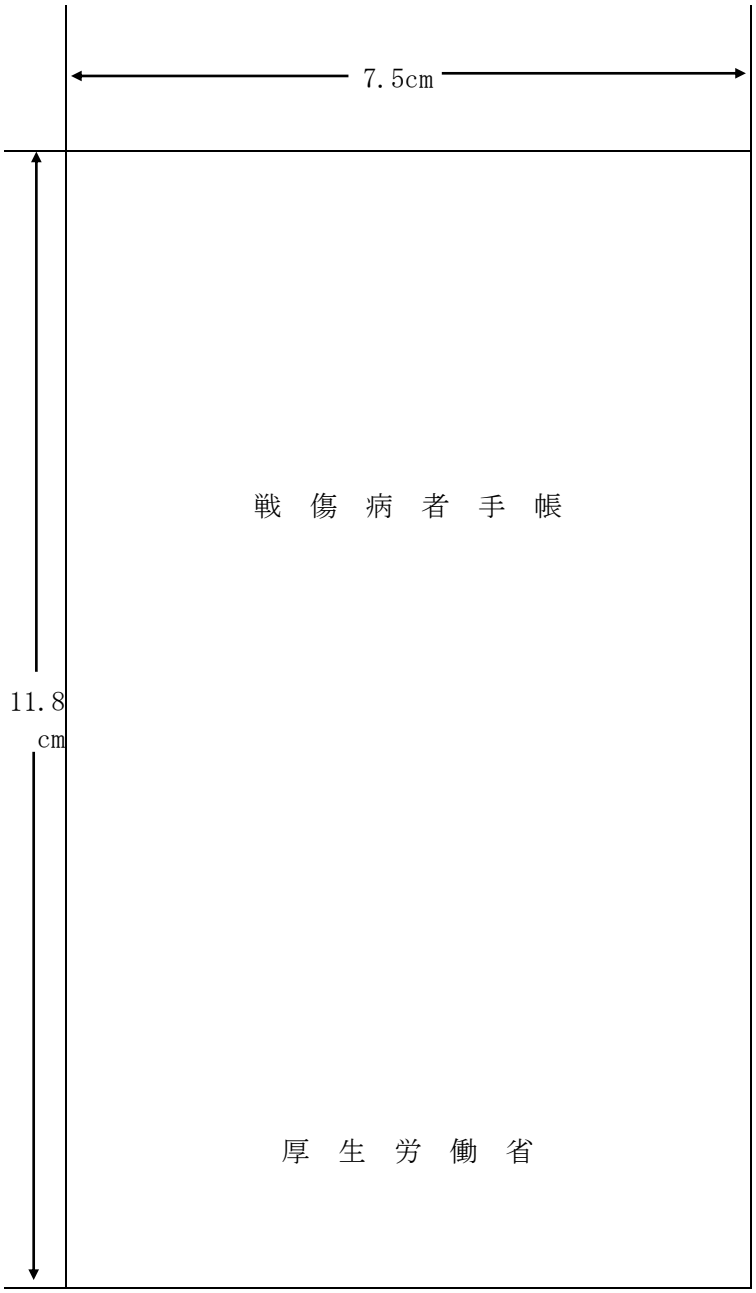
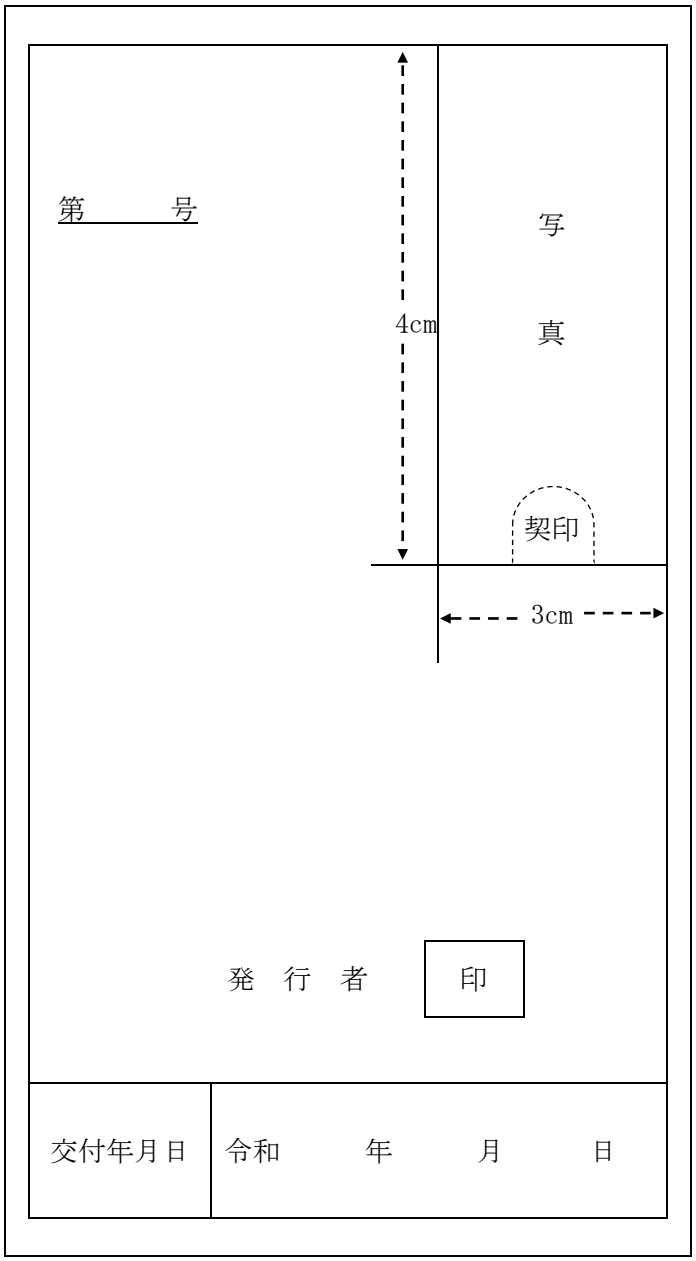
様式第2号(第2条関係)

(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	
本　　籍	
現　住　所	
身体障害者手帳番号等	No.　　第　　級
備考	

（第4面）

障害事項(当初)		
年月日		年　　月　　日
障害の有無		有　・　無
障害名		
傷害の程度	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）

療養認定事項欄							
傷病名	認定 年	月	日	転帰 年	月	日	取扱者印
備考							

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。