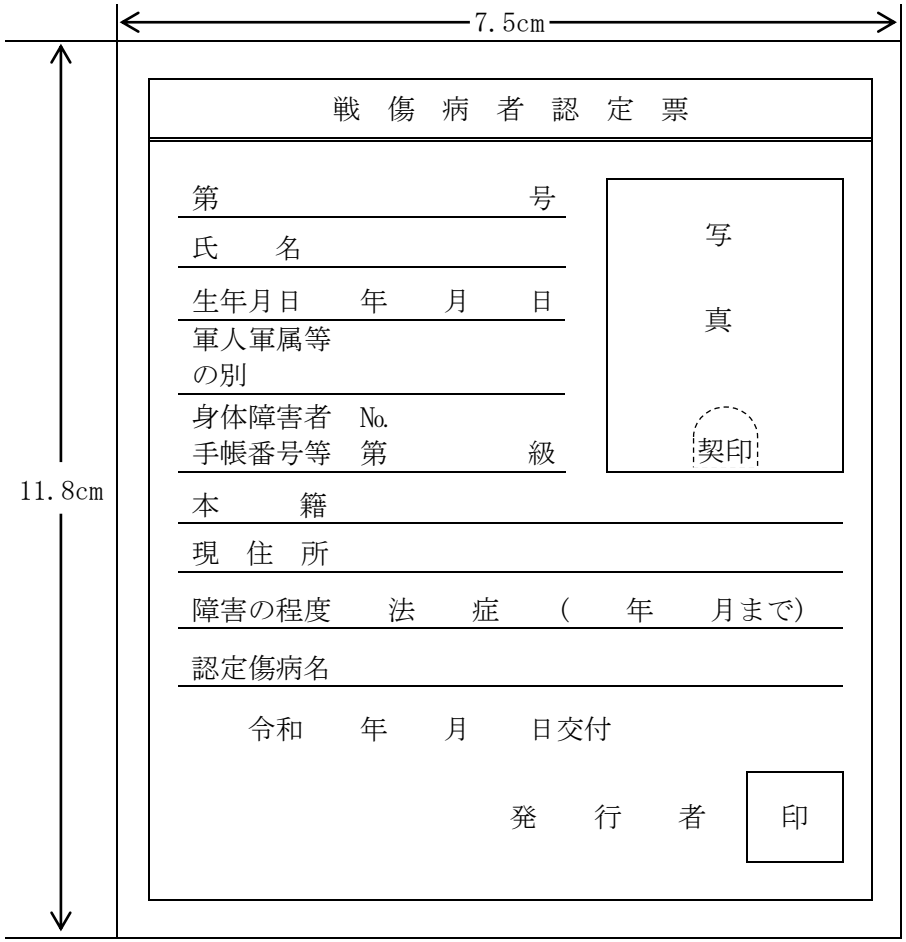
様式第17号(附則第2項関係)

(表)



戦　傷　病　者　認　定　票

第　　号

氏　　名

生年月日　　年　　月　　日

軍人軍属等の別

身体障害者手帳番号等　No.　第　　級

写真

契印

本　　籍

現　住　所

障害の程度　　法　　症　　(　　年　　月まで)

認定傷病名

令和　　年　　月　　日交付

発　　行　　者　　印

(裏)

注　　意　　事　　項

1　療養の給付や更生医療の給付などは、この認定票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　この認定票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　この認定票が不要になつたときは、発行者へお返しください。

4　この認定票は、他人に譲つたり、貸したりしてはいけません。

5　この認定票は、破つたり、なくさないよう大切におもちください。