様式第11号(第9条関係)

<table>
<tr><td colspan="6">療 養 手 当 支 給 請 求 書</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>生年
月日</td><td colspan="2">明治
大正　　年　　月　　日生
昭和</td></tr>
<tr><td>戦傷病者手帳
第　　号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>入院中の病院
又は診療所の
所在地・名称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>傷　病　名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">最近一年間に
おける療養の
状況</td><td>病院又は診療所の名称</td><td colspan="3">入　　院　　期　　間</td><td>備　考</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">年　月から　年　月まで</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">年　月から　年　月まで</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td>最 寄 の
郵便局名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="6">戦傷病者特別援護法第18条の規定により療養手当の支給を受けたく請求します。

令和　　年　　月　　日

現住所
氏　名

都道府県知事　　殿</td></tr>
</table>

備考　この用紙は、A列4番とすること。