様式第18号(附則第4項関係)

<table>
<tr><td colspan="4">療養給付認定票交付請求書</td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">明治
大正　　年　　月　　日
昭和</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>本　　籍</td><td></td><td>現　住　所</td><td></td></tr>
<tr><td>もとの身分</td><td></td><td>復員年月日</td><td>昭和
平成　　年　　月　　日
令和</td></tr>
<tr><td>負傷又は疾病の名称</td><td></td><td>負傷又は疾病の発生年月</td><td>昭和
平成　　年　　月　　日
令和</td></tr>
<tr><td>負傷又は疾病の発生した場所</td><td></td><td>療養の給付を必要とする期間</td><td>令和　年　月　日から（入　院）
令和　年　月　日まで（入院外）</td></tr>
<tr><td>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</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="4">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。

令和　　年　　月　　日

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。