

## 戦傷病者手帳交付請求書

ふりがな			明治 大正 昭和	年 月 日生	もとの 身分等	軍 人 軍 属 準軍属
氏 名						
現 本 籍						
退 職 当 時 の 本 籍 地						
現 住 所						
公 務 上 の 傷 病 名						電 話 (      ) 局 番
障害の有無	有 ・ 無	障 害 名				
療養の要否	要 ・ 否	療養を必要とする傷病名				
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			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 訪 問 看 護 等 )
傷病恩給等の裁定状況	無 有	恩 給 法 援 護 法	等 差	項 款 } 症 目 } 級	無 期 有 期 ( 年 月 まで )	一時金
裁定年月日	平成 年 月 日 (      )					
<p>戦傷病者特別援護法第4条の規定により戦傷病者手帳を交付されたく、関係書類を添えて請求します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p style="text-align: center;">大阪府知事 殿</p>						

身体障害者手帳	第	号	級	種
---------	---	---	---	---

注意、該当する文字は○でかこんで下さい。