

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 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	恩 給 法	等 差	項 目 } 症 級	無 期	(年 月 まで)
	有	援 護 法			有 期	
裁定年月日	平成 年 月 日 ()			一 時 金		
<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 ㊟</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。