様式第18号（附則第4項関係）

様式第十八号を次のように改める。

療養給付認定票交付請求書			
ふりがな 氏　名		生年月日	明治 大正 昭和　年　月　日
本　籍		現住所	
もとの身分		復員年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
負傷又は疾病の名称		負傷又は疾病の発生年月	昭和 平成 令和　年　月　日
負傷又は疾病の発生した場所		療養の給付を必要とする期間	令和　年　月　日から（入院） 令和　年　月　日まで（入院外）
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			

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

備考　この用紙は、Ａ列４番とすること。