様式第１号（第１条関係）

戦傷病者手帳交付請求書					
ふりがな		明治 大正　　年　　月　　日生 昭和		もとの 身分等	
氏　名					
本　籍	（　　）	現住所			
公務上の傷病名					
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			
療養を受けようとする医療機関の所在地及び名称		療養を必要とする期間	令和　　年　　月　　日から（入　院） 令和　　年　　月　　日まで（入院外）		
傷病恩給等の裁定状況	受　給 有 無	種　　法 別	等　　項・款・目症　無期 有期（　年　月まで） 級　　級　一時金		
身体障害者手帳番号等	No.		第　　級		

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。

令和　　年　　月　　日

氏　　名　　㊞

都道府県知事　　殿

注　意

１　本籍欄の（　）内には、退職時の本籍を記載してください。

２　障害の有無欄、療養の要否欄及び傷病恩給等の裁定状況欄は、該当する文字を○でかこんでください。

３　傷病恩給等の裁定状況欄のうち、種別欄には、根拠法令を記載し、等級欄の無期、有期、一時金の別は該当する文字を○でかこみ、有期の場合は、その終期を記載してください。

４　最下欄の請求者の氏名を自署により記載する場合は、押印は必要ありません。

備考　この用紙は、Ａ列４番とすること。

第六条　戦傷病者特別援護法施行規則（昭和三十八年厚生省令第四十六号）の一部を次のように改正する。

様式第一号を次のように改める。

（戦傷病者特別援護法施行規則の一部改正）