様式第11号（第９条関係）

様式第十一号を次のように改める。

療養手当支給請求書

氏　　名		生年月日	明治 大正　　年　　月　　日生 昭和
戦傷病者手帳第　　号			
入院中の病院又は診療所の所在地・名称			
傷　病　名			

最近一年間における療養の状況	病院又は診療所の名称	入　院　期　間	備　考
		年　月から　年　月まで	
		年　月から　年　月まで	

最寄の郵便局名	

戦傷病者特別援護法第18条の規定により療養手当の支給を受けたく請求します。

令和　　年　　月　　日

現住所
氏　名　　㊞

都道府県知事　　殿

注意　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。