

様式第11号(第9条関係)

療養手当支給請求書				
氏名		生年 月日	明治 大正 昭和 年 月 日生	
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		
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>現住所 氏名</p> <p>都道府県知事 殿</p>				

備考 この用紙は、A列4番とすること。