

様式第18号(附則第4項関係)

療養給付認定票交付請求書						
ふりがな		生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
氏名						
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 令和	年	月	日から 日まで (入院 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						
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">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。