

様式第 1 号

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	群馬県
公務上の 傷病名	有・無	障 害 名			
療養の要否	要・否	療養を必要と する傷病名			
療養の給付を受けよ うとする医療機関の 名称及び所在地				療養の給付を 必要とする期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 入院 入院外 訪問看護等
傷病恩給等 の裁定状況	受給 有 無	種 別	法 級	項・款・目症 級	無期 有期 一時金 年 月まで
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>氏名 印</p> <p>群馬県知事 小寺 弘之 あて</p>					

- (注) 1 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 印で囲んで下さい。
- 2 傷病恩給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 印で囲み、有期の場合はその終期を記載して下さい。
- 3 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。

身体障害者手帳番号等	NO .	第	種・第	級
------------	------	---	-----	---