

省令様式第1号

戦傷病者手帳交付請求書					
ふりがな			明治 大正 昭和	年 月 日	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	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	入院 入院外	
傷病恩給等 の裁定状況	受 給 有 無	種 別	法	等 項・款・目症 無期 有期(年 月まで) 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。 平成 年 月 日 氏 名 ㊟ 鳥取県知事 様					

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。