

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 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	
<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>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">現住所 氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p>都道府県知事 殿</p>			

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、日本工業規格A列4番とすること。