

省令様式第13号

更正医療給付請求書			
氏名		生年 月日	明治 大正 年 月 日生 昭和
戦傷病者手帳 番号			
障害名		障害の程度	
<p>戦傷病者特別援護法第20条の規定による更正医療の給付を受けたく、 関係書類を添えて請求します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>現住所 氏名</p> <p>鳥取県知事 様</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。