

身体障がい者手帳無料診断申請書

年 月 日

区保健福祉センター所長 様

申請者 住所
氏名

次の者に対して、身体障がい者手帳無料診断依頼書を交付されたく申請します。

記

氏名	生年月日	年 月 日
住所		
診断希望事項	1 視覚障がい 2 聴覚または平衡機能障がい 3 音声機能、言語機能またはそしゃく機能障がい 4 肢体不自由 5 呼吸器機能障がい 6 心臓機能障がい 7 じん臓機能障がい 8 ぼうこうまたは直腸機能障がい 9 小腸機能障がい 10 免疫機能障がい 11 肝臓機能障がい	
依頼診療機関	病院	科 月 日 時

上記申請にかかる依頼書を交付 ^す _{しない} するものとする										
決 裁	課長	係長	係員	起案	.	.	公印 審査	取扱責任者	文書主任	契 印
				決裁	.	.				
交 付							備 考			
年 月 日				上記依頼書を受領しました。						
発行番号				氏名 _____						

※診断予約にあたっては、診療機関の医事担当と連絡調整し、支障のないよう留意してください。