

# 身体障がい者手帳無料診断依頼書

区第 号  
年 月 日

病 院 長 様

区保健福祉センター所長

次の者に対して、身体障がい者手帳の申請に必要な診断を依頼します。

## 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	
診断指定日時	病院	科 月 日 時

(注) この依頼書は、指定された病院の窓口に提出してください。