

大阪市障がい者健康診査受診申請書

年 月 日

(提出先) 大阪市長

申請者住所 大阪市 区

氏名

裏面の注意事項を同意のうえ、大阪市障がい者健康診査の受診を申請します。

フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日	昭・平 年 月 日生	年齢	歳
住所	〒 連絡先電話番号 ()		
身体障がい者手帳	1 2 3 4 5 6 級	医療保険 (40歳以上 ※ の方はご記入ください。) ※今年度中に40歳になる方を含みます。	
	詳細をご記入ください 肢体 (級)・言語 (級) 聴覚 (級)・視覚 (級) 心臓 (級)・呼吸 (級)	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 (家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 (医療扶助)	
療育手帳	A B1 B2		
その他 (精神等)	1級 2級 3級		

申請書などの書面より収集した「個人情報」については、目的外の利用・保有について
大阪市個人情報保護条例により制限されています。

決	所長	課長代理	係長	係員
裁				