

重度心身障がい者入通院の申立書

令和 年 月 日

深川市長 様

申請 住 所

氏 名 印

対象者との続柄

身体障害者手帳交付の原因となる入通院の日について、次のとおり申し立てます。この申立内容は事実に相違ありません。

申 立 内 容	対象者氏名		生年月日	年 月 日( 歳)	
	身 手 体 帳 障 害 内 容 者 容	手帳交付年月日	年 月 日	障がいの程度	級
		障がいの種類 (該当するものすべてに○を付すこと。)	視覚 聴覚 平衡機能 音声、言語又はそしゃく機能 肢体不自由 心臓機能 じん臓機能 呼吸器機能 ぼうこう又は直腸の機能 小腸機能 その他( )		
	身体障害者手帳の障がいによる医療の開始日	入院	令和 年 月 日から	医療 機関 名	TEL( )
	通院	令和 年 月 日から			
備 考					