

重度心身障害者入院・通院の申立書

平成 年 月 日

砂川市長 善 岡 雅 文 様

申 立 者 住 所

氏 名

印

対象者との続柄

身体障害者手帳の交付の原因となる入院・通院について、次の通り申し立てます。
この申し立ての内容は、事実と相違ありません。

申 し 立 て 内 容	対象者氏名				生年月日	年 月 日 (歳)	
	身 体 障 害 者 手 帳 の 内 容	手帳交付年月日	平成 年 月 日		障害の程度	— 級	
		障害の種類 (該当するものに すべて○を付す こと。)	視覚 聴覚 平衡機能 肢体不自由 心臓機能 塵肺機能 呼吸器機能 音声・言語又はそしゃく機能 膀胱又は直腸の機能 小腸機能				
	身障手帳の障害に よる医療の開始日	入院	平成 年 月 日		医療機関		
		通院	平成 年 月 日		名 称	TEL	
備 考							