

(様式1)

身体障害者福祉法第15条に基づく医師の指定申請書

年 月 日		
(あて先) 浜松市長		
住 所		
申請者		
医師氏名		
身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。		
フリガナ		
医師氏名		
生年月日(年齢)	年 月 日 (歳)	
医療機関	名称	電話
	所在地	〒
診療科目		
担当を希望する 障害種別 (□に☑印又は■)	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚又は平衡機能障害 <input type="checkbox"/> 音声機能、言語機能障害 <input type="checkbox"/> そしゃく機能障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 心臓機能障害 <input type="checkbox"/> じん臓機能障害 <input type="checkbox"/> 呼吸器機能障害 <input type="checkbox"/> ぼうこう機能障害 <input type="checkbox"/> 直腸機能障害 <input type="checkbox"/> 小腸機能障害 <input type="checkbox"/> 免疫機能障害 <input type="checkbox"/> 肝臓機能障害	
備考		

(備考) 同意書、経歴書、医師免許証(写)及び専門医・認定医証(写)を添付してください。

(注意) 2以上の障害種別を申請する場合は、障害種別ごとに作成してください。

※ 申請内容のお問合せ先(必ず記入)

申請者又は事務担当者名

電話