

重度心身障がい者入通院の申立書

年 月 日

江別市長 宛

申請者 住 所

氏 名

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。
この申立て内容は、事実と相違ありません。

申 立 内 容	対象者氏名			生年月日	年 月 日
	身体障害者 手帳の内容	手 帳 交付年月日	年 月 日		障 害 の 程 度
		障害の種類 (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 体幹機能 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 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能の障害		
容	身障手帳の障害に	入 院	年 月 日から		TEL
	よる医療の開始日	通 院	年 月 日から		
備 考					