

重度心身障がい者 入院・通院の申立書

年 月 日

釧路市長 あて

申立者	住所	釧路市 丁目 番 号					
	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院・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。

受給者番号	障									
	障者									
申 立 内 容	対象者氏名				生年 月 日	大正・昭和 年 月 日 平成・令和				
	身 体 障 害 者 の 内 容	手帳交付日	令和 年 月 日			障がいの程度	級			
		障がいの種類 (該当するもの全てに○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 肝臓の機能障がい ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障がい							
	身障手帳の障がいによる医療の開始日	入院	平・令 年 月 日から			医療機関 の名称	病 院 医 院 ク リ ニ ッ ク			
	通院	平・令 年 月 日から								
備 考										