

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			

申立者の
①住所
②氏名
③続柄
を記入してください

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、事実と相違ありません。

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 年 月 日			
	手帳交付日	令和 年 月 日				障がいの程度	級			
身体障害者	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								
容	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										

対象者の
①氏名
②生年月日
③手帳内容を記入してください