

## 重度心身障害者入通院の申立書

年 月 日

岩見沢市長 松 野 哲 様

申立者 住所

氏名

対象者との続柄

身体障害者手帳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。  
この申し立て内容は、事実と相違ありません。

申立内容	対象者氏名		生年月日		S・H・R 年 月 日 ( 歳)		
	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	級
		障害の種類 (該当するものすべてに○を付すること)		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 肝機能 ヒト免疫不全ウィルスによる免疫機能			
	身障手帳の障害による医療の開始日		入院	年 月 日から		医療機関名	(電話 )
通院			年 月 日から				
備考							