

指定医指定申請書

令和〇〇年 〇月〇〇日

船橋市長

あて

住 所 船橋市湊町〇丁目〇番〇号

氏 名 船橋 太郎

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、身体障害者福祉法施行細則第3条の規定により、次のとおり申請します。

1. 診療に従事する医療機関

名 称 医療法人〇〇 〇〇〇病院

所 在 地 船橋市湊町△丁目〇番△号

電話番号 047-〇〇〇-〇〇〇〇

2. 担当診療科目

整形外科

3. 診断しようとする障害の種類

(下記の中から、最も専門とする診療科に係る3障害区分について□に印をつけること) 注1

- ☐ 視覚障害 ☐ 聴覚障害 ☐ 平衡機能障害 ☐ 音声・言語機能障害
☐ そしゃく機能障害 ☒ 肢体不自由 ☐ 心臓機能障害 ☐ じん臓機能障害
☐ 呼吸器機能障害 ☐ ぼうこう又は直腸機能障害 ☐ 小腸機能障害
☐ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 ☐ 肝臓機能障害

4. 指定を希望する理由

身体障害者手帳の申請を希望する患者様が多くいるため。

添付書類

1. 経歴書

2. 医師免許証の写し 注2

(裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと)

注1：肝臓機能障害又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害を含む場合は4障害区分、両方を含む場合は5障害区分のうちであること。

聴覚障害及び平衡機能障害を合わせて診断する場合は、1障害区分とみなす。

音声・言語機能障害及びそしゃく機能障害を合わせて診断する場合は、1障害区分とみなす。

注2：医師免許証の写し等は、縮小コピーで構わない。