

(様式第1号)

申 請 書

令和 年 月 日

(宛先) 高槻市長 様

医療機関の所在地

(TEL)

医療機関名

代表者

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師として、指定を受けたく関係書類を添えて、下記のとおり申請いたします。

記

医 師 氏 名	
指 定 を 受 け よ う と す る 障 害 の 種 類	1 視覚障害 2 聴覚障害 3 平衡機能障害 4 音声言語機能障害 5 そしゃく機能障害 6 肢体不自由 7 心臓機能障害 8 じん臓機能障害 9 呼吸器機能障害 10 ぼうこう又は直腸機能障害 11 小腸機能障害 12 免疫機能障害 13 肝臓機能障害
診 療 科 名	