

## 重度心身障がい者入通院の申立書

年 月 日

砂川市長 様

申立者 住 所

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。

申 立 内 容	対象者氏名		生年月日	年 月 日( 歳)		
	身体 障害 者手 帳の 内容	手帳交付年月日	年 月 日	障がいの程度	級	
		障がいの種類 <small>(該当するものすべてに○印を付すこと。)</small>	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 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能 肝臓機能			
		身障手帳の障がい による医療の開始	入院	年 月 日から	医療 機関 名	
	通院	年 月 日から				
備 考						