身体障害者福祉法第１５条の規定に基づく医師の指定申請書

　　　年　　　月　　　日

岡山市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請医師氏名 |  |  |

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、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 年齢 | 　　　　歳 |
| 医　師　氏　名 |  |
| 所属する医療機関 | 名　称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担 当 診 療 科 名 |  |
| 診断しようとする障害種別（希望種別の左欄に○） |  | 視覚障害 |  | じん臓機能障害 |
|  | 聴覚障害 |  | 呼吸器機能障害 |
|  | 平衡機能障害 |  | ぼうこう・直腸機能障害 |
|  | 音声・言語機能障害 |  | 小腸機能障害 |
|  | そしゃく機能障害 |  | ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 |
|  | 肢体不自由障害 |
|  | 心臓機能障害 |  | 肝臓機能障害 |

　添付書類：同意書、経歴書、医師免許証(写)、専門医等である旨の証明書(写)※

　※専門医等である旨の証明書(写)について、次の場合は必ず添付してください。

・聴覚障害を希望される場合は、耳鼻咽喉科学会専門医の資格証。

・担当診療科が耳鼻咽喉科、気管食道科以外の場合で、音声・言語、そしゃく機能

障害（中枢神経障害に由来するものに限ります）を希望される場合は、日本リハ

ビリテーション医学会、日本神経学会、日本脳神経外科学会いずれかの専門医の

資格証。

（注意）診断しようとする障害種別については、申請医師の経歴や診療実績、専門分野

等を考慮したうえで記入すること。（特に複数の障害種別を申請する場合）

|  |
| --- |
| 申請内容等についてのお問い合せ先（申請医師本人以外の場合に記入） |
| 担当部署及び事務担当者：電話番号： |