

〇〇年 〇〇月 〇〇日

(宛先) 山形市長

指定を受けようとする医師の自宅住所、
氏名を記入

申請者

住所 〇〇市△△町□—□—□

氏名 ○ ○ ○ ○

指 定 医 師 指 定 申 請 書

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に規定する医師として、下記のとおり指定くださるよう
関係書類を添えて申請します。

記

1 従事する医療機関の名称

〇〇〇〇病院

2 従事する医療機関の住所

山形市〇〇町△—△—△

3 主として担当する診療科目

内科

4 申請する障害診断科目（申請する科目を○で囲む。）

イ 視覚障害に関する診断

ロ 聴覚障害に関する診断

ハ 平衡機能障害に関する診断

ニ 音声・言語機能障害に関する診断

ホ そしゃく機能障害（咬合異常・嚥下機能障害等）

ヘ 肢体不自由に関する診断

ト 心臓機能障害に関する診断

チ じん臓機能障害に関する診断

リ 呼吸器機能障害に関する診断

ヌ ぼうこう又は直腸機能障害に関する診断

㊦ 小腸機能障害に関する診断

ヲ 免疫機能障害に関する診断

㊧ 肝臓機能障害に関する診断

※複数科目同時申請が可能です。

※既に指定を受けている科目がある
場合は、追加申請分のみで結構です。