

第1号様式(第3条関係)

歯科医師による診断書・意見書

氏 名	年 月 日生	男・女
住 所		
現 症		
原因疾患名		
治療経過		
今後必要とする治療内容 (1) 歯科矯正治療の要否 (2) 口腔外科的手術の要否 (3) 治療完了までの見込み 向後 年 月 ()		
現症をもとに上記のとおり申し述べる。併せて以下の意見を付す。 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する ・該当しない 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 標榜診療科名 科 歯科医師名 印		

身体障害者手帳の申請手続きについてのご案内

身体障害者手帳の交付を申請するためには、障害者手帳を取得する方の以下ものが必要となります。

なお、診断書をおとりになっても、身体障害者手帳が交付されない場合がありますので、手帳取得要件・基準に該当しているか事前に指定医師にご相談ください。

身体障害者手帳は申請から交付まで約1カ月程度かかります。ご了承ください。

◎ **診断書** 申請日より3か月以内に身体障害者福祉法第15条に定める指定を受けた医師が記載したもの
(指定医師についてご不明の方は障害福祉課へお問い合わせください)

◎ **写 真** 1枚
・たて4cmよこ3cmのものでご本人の顔がはっきりと写っているもの（上半身を写したもの）
・一年以内に撮影したもので、帽子等をかぶっていないもの。

◎ **マイナンバーのわかるもの**
マイナンバーカード、マイナンバー通知等

◎ **代理人の本人確認書類及び委任状など**
代理人が申請する場合のみ

補足

- 障害の区分（内容）によって診断書の種類が異なります。間違った種類の診断書をとっていただいても、障害者手帳は交付されない場合がありますのでご注意ください。
- 手帳取得に係る費用については自己負担となり、手帳交付対象とならなかった場合でも返金等は致しかねます。ご了承ください。

※ 申請窓口は、市役所分館1階の障害福祉課です。

TEL 046-822-8248