

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について

申請書及び経歴書記載の注意事項並びに次の点に留意して、必要事項を記載のうえ申請書類を作成してください。

◎留意事項

- ・申請書の申請年月日を忘れずに記入してください。
- ・申請書の障害区分を正確に記入してください。
- ・経歴書の経歴欄は、記入漏れや年数計算など誤りが多い部分ですので、特に注意してください。
- ・作成にあたって不明な点等がありましたら、お問い合わせのうえ必要事項を確認してください。

事務担当・問合先

横須賀市福祉部障害福祉課

身体障害者手帳担当

電話 046-822-8248（直通）

身体障害者福祉法に基づく医師の指定申請書

申請年月日 年 月 日	
(あて先) 横須賀市長	
住所 申請者 氏名	
印	
身体障害者福祉法第15条に規定する医師の指定を願いたく関係書類を添えて申請いたします。	
医師氏名	フリガナ
生年月日	
所属及び 所在地	名称 所在地 電話
診療科名	
担当しようとする 障害区分 (希望区分を○印)	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
指定書の送付先 住所及び受取人 氏名(医師本人で ない場合に記載)	送付先住所 受取人氏名
備考	

- 注意 1. 申請者が本人でない場合は医師氏名欄に押印してください。
2. 本申請書には指定を受けようとする医師の経歴書及び医師免許証(写し)を添付してください。
3. すでにほかの障害区分で指定を受けている場合は備考欄に記載してください。
4. 申請者が本人ではない場合は備考欄に医師の現住所を記載してください。
5. 障害区分は重複して指定を受けられるものがあります。詳細はお問い合わせください。

経 歴 書

医師氏名 _____ 所属 _____ 年 月 現在

経 歴

_____ 年 _____ 月 _____ 卒業

_____ 年 _____ 月 _____ 日 医師免許証取得 (第 _____ 号)

自	_____ 年 _____ 月		
至	_____ 年 _____ 月	_____	_____ 年 _____ 月
自	_____ 年 _____ 月		
至	_____ 年 _____ 月	_____	_____ 年 _____ 月
自	_____ 年 _____ 月		
至	_____ 年 _____ 月	_____	_____ 年 _____ 月
自	_____ 年 _____ 月		
至	_____ 年 _____ 月	_____	_____ 年 _____ 月
自	_____ 年 _____ 月		
至	_____ 年 _____ 月	_____	_____ 年 _____ 月
自	_____ 年 _____ 月		
至	_____ 年 _____ 月	_____	_____ 年 _____ 月

- 注意
1. 医師免許証取得年月日及び医籍登録番号を必ず記載してください。
 2. 担当しようとする障害区分に関係のある医療経験年数を必ず記載してください。
 3. 記載の際には従事した医療機関等の名称、診療科目、勤務形態（常勤・非常勤）、身分(職名)を正確に記載してください。
 4. 上記のほかに担当しようとする障害区分がじん臓機能障害の場合には、人工透析に従事していた経歴、免疫機能障害の場合には、ヒト免疫不全ウイルス感染者に従事していた経歴を以下に必ず記載してください。

人工透析又はヒト免疫不全ウイルス感染者の診療に従事していた経歴（該当者のみ記載）

自	_____ 年 _____ 月		
至	_____ 年 _____ 月	_____	_____ 年 _____ 月
自	_____ 年 _____ 月		
至	_____ 年 _____ 月	_____	_____ 年 _____ 月

以上の記載に間違いはなく、申請に同意する。(申請者が本人でない場合記載) 自書欄 _____