

様式 1

一宮市身体障害者健康診査申請書 令和 年 月 日 (あて先) 一宮市長  住 所 一宮市 氏 名 生 年 月 日 年 月 日 ( 歳) 電 話 番 号 下記により健康診査を申請します。			
身体障害者 手帳番号	愛知県 第 号 年 月 日交付		
* 障害名 及び等級	( 種 級)		
車いすの使用年数	年から 年間使用		
受療の状況	1 専門医に受診中 (病院名 ) 2 受診していない		
健康診査 受診希望日	令和 年 月 日 ( 曜日)		
X 検査の希望	胸部	頸椎	胸椎 腰椎
ヘルパー	要・不要	障害者総合支援制度	申請済・未申請
備考欄			

\* 身体障害者手帳に記載してある内容をそのまま記載のこと

受診希望会場を○で囲んでください： 一宮市民病院 木曾川市民病院