窓空宛名

第　　　　　　号

　年　月　日

市町村長　印

様式番号

**受診依頼書**

**固定文言１＋編集１**

申請日にあなたが行った申請について、障害支援区分の判定を行うにあたり、医師の意見を求める必要があるので、以下の医療機関で受診してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受診者氏名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診する医療機関 | 名称 |  |
| 担当医師名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |

**自由記載１**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （お問合せ先） | | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | | |
| 住　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |