第　　　 号

年 月 日

審　　査　　依　　頼　　書

　様

市 町 村 長 印

**固定文言１**

下記の者に対する審査を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　　診　　者 | | フリガナ |  | | | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 生年月日 |  | | | |
| 住　　所 |  | | | |
| 身体障害者手帳 | | 手帳番号 |  | 交　付　日 |  | |
| 等　　級 |  | 再 交 付 日 |  | |
| 障　　害　　名 | |  | | | | |
| 審　査　依　頼 事　　　　　項 | | **固定文言２＋編集１** | | | | |
| **固定文言３**  備　　　　　考 | | **固定文言４＋編集２** | | | | |
| （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 | | | | |