

## 身体障害者健康診査受診申込書

平成 年 月 日

美濃加茂市福祉事務所長 あて

申込者氏名

美濃加茂市身体障害者健康診査事業実施要綱に基づく健康診査を受けたいので、次のとおり申し込みます。

フリガナ 氏名		性別	男女
住所	美濃加茂市 電話(      —    )		
生年月日		年齢	
身体障害者 手帳	第      号 総合      級 内訳 ( 下肢      級、体幹      級 )		
障害名			
備考			