別記第１号様式

診断書写し請求書

年　　月　　日

函館市長　様

請求者　　住所
氏名
電話

次の身体障害者手帳の交付申請に添えて提出した診断書の写しの提供を求めます。

<table>
<tr><td rowspan="4">身体障害者手帳</td><td rowspan="3">身体に障害がある者</td><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td></td></tr>
<tr><td>交付申請日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">受取方法</td><td colspan="2">□窓口　　□郵送</td></tr>
</table>

※以下は記入しないでください。

<table>
<tr><td>請求者の資格の確認方法</td><td colspan="3">□身体障害者手帳　□運転免許証　□旅券（パスポート）
□健康保険証　□その他（　　）
□法定相続人，法定代理人であることを証する書類
（　　）
□委任状（別記第２号様式）</td></tr>
<tr><td>備　考</td><td></td><td>確認者</td><td>印</td></tr>
</table>