

第一号様式（第二条）  
(改正後)  
指 定 医 指 定 申 請 書  
年 月 日

千葉県知事 様  
住 所  
ふりがな  
氏 名

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定を受けたいので、身体障害者福祉法施行細則第2条の規定により、次のとおり申請します。

1 診療に従事する医療機関の名称及び所在地  
医療機関の名称

所在地 〒

2 この申請に係る医療機関内の担当部署、担当者名及び電話番号  
担当部署

担当者名

電話番号

3 診断しようとする障害の種類 別紙のとおり

4 指定を希望する理由

添付書類

- 1 医師詳細経歴書（新規）（別紙）
- 2 医師免許証の写し（裏面に書換え等の記載があるものは、裏面も添付のこと。）

第一号様式（第二条）  
(改正前)  
指 定 医 指 定 申 請 書  
年 月 日

千葉県知事 様  
住 所  
ふりがな  
氏 名

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定を受けたいので、身体障害者福祉法施行細則第2条の規定により、次のとおり申請します。

1 診療に従事する医療機関の名称及び所在地  
医療機関の名称

所在地 〒

2 この申請に係る医療機関内の担当部署、担当者名及び電話番号  
担当部署

担当者名

電話番号

3 診断しようとする障害の種類 別紙のとおり

4 指定を希望する理由

添付書類

- 1 医師詳細経歴書（新規）（別紙）
- 2 医師免許証の写し（裏面に書換え等の記載があるものは、裏面も添付のこと。）

注 氏名を自署することにより、押印を省略することができる。

(改正後)

第一号様式（第二条）

別紙

医師詳細経歴書（新規）

(ふりがな) 医師の氏名等			男 女	生 年 月 日	年	月	日	歳
学歴事項	卒業及び修了年月日		大学名及び大学院名			学部及び課程		
	年 月							
	年 月							
	年 月							
医療機関の名称等	ふりがな 名 称 【所在市町村名】		【 】					
申請者が担当する診療科目								
診断しようとする障害の種類								
最初の医師免許	年 月 日 第 号 (書換えの理由 年 月 日)			障害区分に係る 臨床経験年数		年		
経 歴 ・ 職 歴	自	至	大学名、大学院名及 び病院名等		担当する科目	職名		
	年	月	年	月	卒業			
賞罰	有 ( ) ・ 無							

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

医師名

(改正前)

第一号様式（第二条）

別紙

医師詳細経歴書（新規）

(ふりがな) 医師の氏名等			男 女	生 年 月 日	年	月	日	歳
学歴事項	卒業及び修了年月日		大学名及び大学院名			学部及び課程		
	年 月							
	年 月							
	年 月							
医療機関の名称等	ふりがな 名 称 【所在市町村名】		【 】					
申請者が担当する診療科目								
診断しようとする障害の種類								
最初の医師免許	年 月 日 第 号 (書換えの理由 年 月 日)			障害区分に係る 臨床経験年数		年		
経 歴 ・ 職 歴	自	至	大学名、大学院名及 び病院名等		担当する科目	職名		
	年	月	年	月	卒業			
賞罰	有 ( ) ・ 無							

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

医師名

Ⓜ

注 氏名を自署することにより、押印を省略することができる。

指定医診断項目変更申請書

年 月 日

千葉県知事 様

住 所  
ふりがな  
氏 名

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の診断する障害の項目を変更したいので、身体障害者福祉法施行細則第3条の規定により、次のとおり申請します。

- 1 診療に従事する医療機関の名称及び所在地  
医療機関の名称

所在地 〒

- 2 この申請に係る医療機関内の担当部署、担当者名及び電話番号  
担当部署

担当者名

電話番号

- 3 現在指定済みの診断する障害の種類 別紙のとおり

- 4 変更後に診断しようとする障害の種類 別紙のとおり

- 5 変更理由

添付書類

- 1 医師詳細経歴書（診断項目変更）（別紙）
- 2 医師免許証の写し（裏面に書換え等の記載があるものは、裏面も添付のこと。）

指定医診断項目変更申請書

年 月 日

千葉県知事 様

住 所  
ふりがな  
氏 名



身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の診断する障害の項目を変更したいので、身体障害者福祉法施行細則第3条の規定により、次のとおり申請します。

- 1 診療に従事する医療機関の名称及び所在地  
医療機関の名称

所在地 〒

- 2 この申請に係る医療機関内の担当部署、担当者名及び電話番号  
担当部署

担当者名

電話番号

- 3 現在指定済みの診断する障害の種類 別紙のとおり

- 4 変更後に診断しようとする障害の種類 別紙のとおり

- 5 変更理由

添付書類

- 1 医師詳細経歴書（診断項目変更）（別紙）
- 2 医師免許証の写し（裏面に書換え等の記載があるものは、裏面も添付のこと。）

注 氏名を自署することにより、押印を省略することができる。

医師詳細経歴書（診断項目変更）

(ふりがな) 医師の氏名等			男	生	年 月 日			歳
			女	年	月 日			
学歴事項	卒業及び修了年月日		大学名及び大学院名			学部及び課程		
	年 月							
	年 月							
	年 月							
医療機関の名称等	ふりがな 名称 【所在市町村名】		【 】					
申請者が担当する診療科目								
現在指定済みの診断する障害の種類								
変更後に診断しようとする障害の種類								
最初の医師免許	年 月 日 第 号			障害区分に係る				年
	(書換えの理由 年 月 日)			臨床経験年数				
経歴・職歴	自	至	大学名、大学院名及び病院名等		担当する科目	職名		
	年 月	年 月						
			卒業					
賞罰	有 ( ) ・ 無							

上記のとおり相違ありません。

年 月 日 医師名

医師詳細経歴書（診断項目変更）

(ふりがな) 医師の氏名等			男	生	年 月 日			歳
			女	年	月 日			
学歴事項	卒業及び修了年月日		大学名及び大学院名			学部及び課程		
	年 月							
	年 月							
	年 月							
医療機関の名称等	ふりがな 名称 【所在市町村名】		【 】					
申請者が担当する診療科目								
現在指定済みの診断する障害の種類								
変更後に診断しようとする障害の種類								
最初の医師免許	年 月 日 第 号			障害区分に係る				年
	(書換えの理由 年 月 日)			臨床経験年数				
経歴・職歴	自	至	大学名、大学院名及び病院名等		担当する科目	職名		
	年 月	年 月						
			卒業					
賞罰	有 ( ) ・ 無							

上記のとおり相違ありません。

年 月 日 医師名



注 氏名を自署することにより、押印を省略することができる。

(改正後)

第三号様式（第四条）

指 定 医 医 療 機 関 変 更 届

年 月 日

千葉県知事 様

住 所

ふりがな  
氏 名

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の医療機関に変更があつたので身体障害者福祉法施行細則第4条の規定により、次のとおり届け出ます。

1 変更事由（該当項目の□に✓印を入れること。）

- 勤務先の変更（□県内・□県外） 勤務先の追加 医療機関の名称変更  
医療機関の所在地変更 その他（ ）

2 新（追加）医療機関

ふりがな  
名 称

所 在 地

電話番号

担当診療科目

3 旧（既指定）医療機関

ふりがな  
名 称

所 在 地

電話番号

担当診療科目

診断する障害の種類

4 変更年月日

注 担当診療科目には、専門とする診療科名一つを記入すること。

(改正前)

第三号様式（第四条）

指 定 医 医 療 機 関 変 更 届

年 月 日

千葉県知事 様

住 所

ふりがな  
氏 名

㊟

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の医療機関に変更があつたので身体障害者福祉法施行細則第4条の規定により、次のとおり届け出ます。

1 変更事由（該当項目の□に✓印を入れること。）

- 勤務先の変更（□県内・□県外） 勤務先の追加 医療機関の名称変更  
医療機関の所在地変更 その他（ ）

2 新（追加）医療機関

ふりがな  
名 称

所 在 地

電話番号

担当診療科目

3 旧（既指定）医療機関

ふりがな  
名 称

所 在 地

電話番号

担当診療科目

診断する障害の種類

4 変更年月日

注

1 届出者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができる。

2 担当診療科目には、専門とする診療科名一つを記入すること。

指 定 医 辞 退 届

年 月 日

千葉県知事 様

住 所

ふりがな  
氏 名

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定を辞退したいので、身体障害者福祉法施行令第3条第2項の規定により、次のとおり申し上げます。

- 1 診療に従事する医療機関  
名 称  
所 在 地  
電話番号
- 2 辞退の理由

指 定 医 辞 退 届

年 月 日

千葉県知事 様

住 所

ふりがな  
氏 名



身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定を辞退したいので、身体障害者福祉法施行令第3条第2項の規定により、次のとおり申し上げます。

- 1 診療に従事する医療機関  
名 称  
所 在 地  
電話番号
- 2 辞退の理由

注 届出者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができる。

(改正後)

第七号様式（第九条）

身体障害者居住地等変更届

年 月 日

千葉県知事 様

(ふりがな)  
氏 名  
年 月 日生  
個人番号

私は、年 月 日居住地氏名を変更したので、身体障害者福祉法施行令第9条第2項第4項の規定により、次のとおり届け出ます。

1 新居住地  
旧居住地

2 新氏名 ( )  
旧氏名 ( )

3 既交付の身体障害者手帳の記載の内容

手帳番号	県第 号	交付年月日	年 月 日
障 害 名			
等 級	種 級	児童との続柄	
備 考			

年 月 日身体障害者手帳記載済

福祉事務所長  
町 村 長

千葉県知事 様

第 号  
年 月 日

福祉事務所長  
町 村 長

上記のとおり届出があつたので通知します。

注 児童の場合は、2の欄（ ）内に児童の氏名及び個人番号を記入することとし、保護者の個人番号は記入しないこと。

(改正前)

第七号様式（第九条）

身体障害者居住地等変更届

年 月 日

千葉県知事 様

(ふりがな)  
氏 名  
年 月 日生  
個人番号

私は、年 月 日居住地氏名を変更したので、身体障害者福祉法施行令第9条第2項第4項の規定により、次のとおり届け出ます。

1 新居住地  
旧居住地

2 新氏名 ( )  
旧氏名 ( )

3 既交付の身体障害者手帳の記載の内容

手帳番号	県第 号	交付年月日	年 月 日
障 害 名			
等 級	種 級	児童との続柄	
備 考			

年 月 日身体障害者手帳記載済

福祉事務所長  
町 村 長

千葉県知事 様

第 号  
年 月 日

福祉事務所長  
町 村 長

上記のとおり届出があつたので通知します。

注

- 1 届出者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができる。
- 2 児童の場合は、2の欄（ ）内に児童の氏名及び個人番号を記入することとし、保護者の個人番号は記入しないこと。

(改正後)

第八号様式（第十条第一項）

身体障害者手帳再交付申請書				
		年	月	日
千葉県知事		様		
				居住地
				(ふりがな)
				氏名
		年	月	日生
		個人番号		
次の理由により身体障害者手帳の再交付を受けたいので、身体障害者福祉法施行規則第7条第1項、第8条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。				
1 理由（該当する項目を○で囲むこと。）				
・紛失				
・破損				
・障害程度の変更				
・障害の追加				
・その他（                    ）				
2 旧手帳記載内容				
旧手帳番号	県第	号	交付年月日	年 月 日
障害名				
				(等級 種別      級 種)
15歳未満の場合				
(ふりがな) 児童の氏名				
生年月日		年	月	日生
個人番号				
申請者との続柄				
注 身体障害のある15歳未満の児童については、保護者が代わって申請すること。 この場合、児童の氏名、生年月日、個人番号及び申請者との続柄を記入することとし、保護者の個人番号は記入しないこと。				

(改正前)

第八号様式（第十条第一項）

身体障害者手帳再交付申請書				
		年	月	日
千葉県知事		様		
				居住地
				(ふりがな)
				氏名
		年	月	日生
		個人番号		
次の理由により身体障害者手帳の再交付を受けたいので、身体障害者福祉法施行規則第7条第1項、第8条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。				
1 理由（該当する項目を○で囲むこと。）				
・紛失				
・破損				
・障害程度の変更				
・障害の追加				
・その他（                    ）				
2 旧手帳記載内容				
旧手帳番号	県第	号	交付年月日	年 月 日
障害名				
				(等級 種別      級 種)
15歳未満の場合				
(ふりがな) 児童の氏名				
生年月日		年	月	日生
個人番号				
申請者との続柄				
注				
1 身体障害のある15歳未満の児童については、保護者が代わって申請すること。この場合、児童の氏名、生年月日、個人番号及び申請者との続柄を記入することとし、保護者の個人番号は記入しないこと。				
2 申請者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができる。				





(改正後)

第九号様式（第十条第二項）

身体障害者手帳返還届	
	年 月 日
千葉県知事	様
	住 所
	氏 名
	年 月 日生
次の者は、	身体障害者福祉法第16条第1項 のため、身体障害者福祉法施行規則第7条第2項の規定 身体障害者福祉法施行規則第8条第2項
により、身体障害者手帳を返還します。	
返還者	住 所
	氏 名 ( 年 月 日生)
	個人番号
身体障害者手帳番号	県第 号
	年 月 日交付
障害名	
	第 号
	年 月 日
千葉県知事	様
	福祉事務所長
	町 村 長
上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので送付します。	

(改正前)

第九号様式（第十条第二項）

身体障害者手帳返還届	
	年 月 日
千葉県知事	様
	住 所
	氏 名 
	年 月 日生
次の者は、	身体障害者福祉法第16条第1項 のため、身体障害者福祉法施行規則第7条第2項の規定 身体障害者福祉法施行規則第8条第2項
により、身体障害者手帳を返還します。	
返還者	住 所
	氏 名 ( 年 月 日生)
	個人番号
身体障害者手帳番号	県第 号
	年 月 日交付
障害名	
	第 号
	年 月 日
千葉県知事	様
	福祉事務所長 
	町 村 長
上記のとおり身体障害者手帳が返還されたので送付します。	

注 申請者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができる。