（別紙）

歯科医師による診断書・意見書

氏　名	年　月　日生	男　・　女
住　所		
現　症		
原因疾患名		
治療経過		

今後必要とする治療内容

（1）歯科矯正治療の要否

（2）口腔外科的手術の要否

（3）治療完了までの見込み

向後　　年　　月

現症をもとに上記のとおり申し述べる。併せて以下の意見を付す。

障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に

・該当する

・該当しない

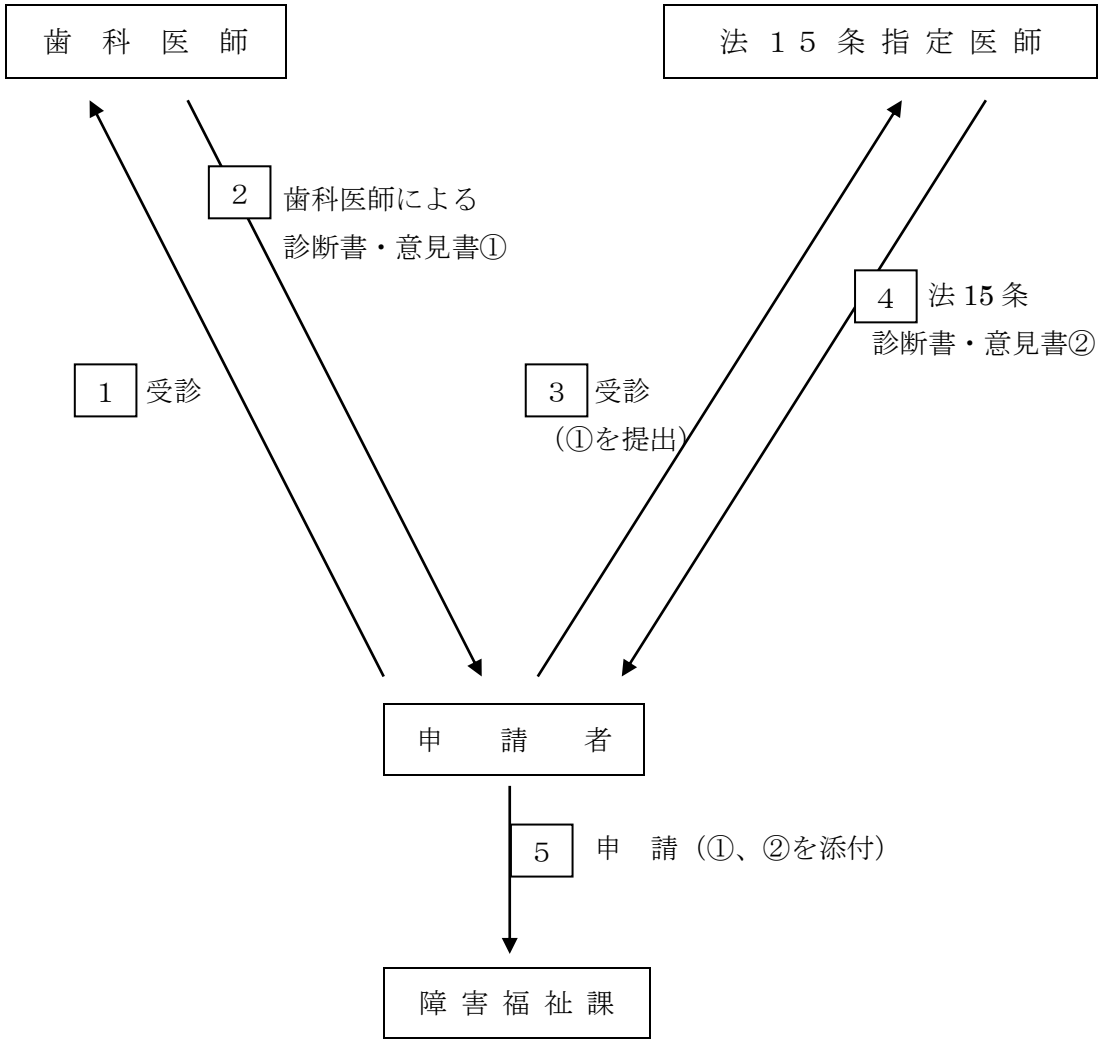
年　　月　　日　　病院又は診療所
の名称、所在地

標榜診療科名

歯科医師名

（参考）

身 体 障 害 者 手 帳 申 請 手 続 き



［平成15年1月10日障発第0110002号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知］（抜粋）

口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能の障害のあるものが，身体障害者福祉法第15条に基づき身体障害者手帳の交付を申請するに際し，医師が「身体障害者診断書・意見書」を作成するときは，あらかじめ都道府県知事等の定める歯科医師の「歯科医師による診断書・意見書」（別紙）の提出を求めるものとすること。