

(目的)

第1条 この要綱は、身体障害者手帳交付申請書に添付された身体障害者・診断書意見書による障害程度等級の認定が困難な場合に、市長が指定する医療機関において再度の診断を受けさせること（以下「再診断」という。）により、障害認定の適正化を図ることを目的とする。

(対象者)

第2条 対象となる者は、身体障害者手帳交付申請書を提出している者のうち、郡山市地方社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会審査部会において、障害程度等級の認定が困難で、再度の診断を必要とする答申を受けたものとする。

(通知)

第3条 市長は、再診断が必要と認めたときは、再診断を必要とする者（以下「受診者」という。）には郡山市身体障害者手帳交付申請者再診断実施通知書（第1号様式）により、医療機関には郡山市身体障害者手帳交付申請者再診断実施依頼書（第2号様式）により通知する。

(報告)

第4条 受診者を診断した医療機関は、郡山市身体障害者手帳交付申請者再診断実施報告書（第3号様式。以下「報告書」という。）を市長に提出しなければならない。

(費用の負担)

第5条 市長は、報告書を受理したときは、診断書の作成に要した費用を速やかに医療機関に支払うものとする。

附 則

この要綱は、平成13年4月1日から施行する。

第1号様式（第3条関係）

郡山市身体障害者手帳交付申請者再診断実施通知書

年 月 日

様

郡山市長

年 月 日付けで提出された身体障害者手帳交付申請につきましては、郡山市地方社会福祉審議会身体障害者福祉専門分科会審査部会において障害程度等級の認定に係る審査を行った結果、再度診断が必要であると答申を受けました。

つきましては、下記により必要書類を持参のうえ、指定の医療機関で診断を受けてください。

なお、診断書の作成費用（保険診療分は除く。）は、本市が負担するため、無料となります。

記

指定医療機関名 及び所在地	
指定医師氏名	
診断の日時	
必要書類	(1) この通知書及びこの通知書に同封されていた書類 (2) 健康保険証

※ 注意事項 上記日時に都合の悪い方は、あらかじめ障害福祉課（924-2381）まで御連絡ください。

第2号様式（第3条関係）

郡山市身体障害者手帳交付申請者再診断依頼書

年 月 日

様

郡山市長

先に開催された郡山市地方社会福祉審議会身体障害者専門分科会審査部会において、身体障害者手帳の障害程度等級の認定について審査した下記の者について、再度の診断が必要であるとの答申がなされました。

つきましては、貴院で診断を受けていただくこととし、本人あてに通知いたしますので、来院の際は、よろしくお取り計らいますようお願いいたします。

なお、診断書の作成費用（保険診療分は除く。）は本市が負担するため、診断終了後、同封いたしました郡山市身体障害者手帳交付申請者再診断実施報告書により報告くださいますよう、併せてお願いいたします。

記

診断が必要な者	氏名		男・女
	生年月日	年 月 日（ 歳）	
診断の依頼日時	年 月 日（ ）午前・午後 時		
診断を依頼する医師			

第3号様式（第4条関係）

郡山市身体障害者手帳交付申請者再診断実施報告書

年 月 日

郡山市長

病院又は診療所
の名称及び所在地
代 表 者 氏 名

身体障害者手帳交付申請者再診断実施依頼書により依頼のあった診断について、下記のとおり実施したので報告します。

記

診断書実施日時	年 月 日 時	
診断書実施医師	診療科目	
	医師氏名	
診断書作成費用	円	
添 付 書 類	(1) 身体障害者診断書・意見書 (2) 市の指定する請求書 (3) 請求に係る医療機関の請求内訳又は明細 (4) その他障害認定に必要と思われる検査結果等	