

## さいたま市告示第 8 7 4 号

身体障害者福祉法（昭和 2 4 年法律第 2 8 3 号）第 1 5 条第 1 項の指定を受けた次の医師から、身体障害者福祉法施行令（昭和 2 5 年政令第 7 8 号）第 3 条第 2 項の規定による指定の変更の届出があったので告示する。

令和 7 年 5 月 2 1 日

さいたま市長 清 水 勇 人

### 1 変更の届出のあった医師

- ・ 別紙のとおり

### 2 連絡先

- (1) 担当 さいたま市役所福祉局障害福祉部障害福祉課自立支援給付係
- (2) 電話 0 4 8 （ 8 2 9 ） 1 3 0 5

(別紙)

変更内容

| 医師<br>の氏名 | 指定障害<br>区分                     | 医療機関<br>の名称                | 医療機関<br>の住所               | 変更事項       | 変更前                     | 変更後                        | 変更<br>年月日 |
|-----------|--------------------------------|----------------------------|---------------------------|------------|-------------------------|----------------------------|-----------|
| 飯田 裕      | 音声・言語<br>機能障害、<br>そしゃく機<br>能障害 | 医療法人社団<br>藤橘会 西堀<br>整形外科内科 | さいたま市桜<br>区西堀 10-<br>8-14 | 勤務先の変<br>更 | (医) 三慶会<br>指扇病院         | 医療法人社団藤<br>橘会 西堀整形<br>外科内科 | 令和7年4月1日  |
| 飯田 裕      | 肢体不自<br>由                      | 医療法人社団<br>藤橘会 西堀<br>整形外科内科 | さいたま市桜<br>区西堀 10-<br>8-14 | 勤務先の変<br>更 | (医) 三慶会<br>指扇病院         | 医療法人社団藤<br>橘会 西堀整形<br>外科内科 | 令和7年4月1日  |
| 山田 成      | 肢体不自<br>由                      | 東和病院                       | さいたま市<br>緑区東浦和<br>7-6-1   | 勤務先の変<br>更 | 医療法人慈正会<br>丸山記念総合病<br>院 | 東和病院                       | 令和6年11月1日 |
|           |                                |                            |                           |            |                         |                            |           |
|           |                                |                            |                           |            |                         |                            |           |
|           |                                |                            |                           |            |                         |                            |           |
|           |                                |                            |                           |            |                         |                            |           |
|           |                                |                            |                           |            |                         |                            |           |
|           |                                |                            |                           |            |                         |                            |           |
|           |                                |                            |                           |            |                         |                            |           |
|           |                                |                            |                           |            |                         |                            |           |