様式第1号（第2条関係）

判定依頼書

第　　　　号

年　月　日

福岡県障害者更生相談所長　殿

粕屋町長

下記の者に対する判定を依頼します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体障害者 | 氏名 |  | 年　月　日生（　才） | 男　女 |
| 住所 | 糟屋郡粕屋町 |
| 身体障害者手帳 | 交付年月日 | 年　　　月　　　日 | 番号 |  県・市第　　　　号 |
| 障害名 |  | 程度 | の　　級 |
| 判定依頼事項(該当事項に○) | １　自立支援医療(更生医療)　(新規・再認定・変更)要否判定２　補装具交付(新規・再交付・修理)要否判定補装具の名称希望業者名３　その他 |
| 補装具の交付状況 | 有　　　　・　　　　無 |
| 最近５年間（無い場合は直近）の補装具交付・修理状況補装具名　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　交・修補装具名　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　交・修補装具名　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　交・修補装具名　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　交・修補装具名　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　交・修 |
| 備考 | 来所希望日があれば、予定年月日を記載すること。来所希望予定年月日　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| その他の事項 |

市町村担当課・担当者名　（　　　　　　　　　　　　　　　　）