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　（　　　　　　　　　　　　　　　　）