別記第4号様式（第7条関係）

判定依頼書

第　　　号

年　　月　　日

熊本県福祉総合相談所長様

村長　　　　　㊞

下記の者に対する判定をお願いします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身体障害者 | | | 氏名 | |  | | 明大昭　年　月　日生　歳 | |
| 居住地 | | 郡　　　町　　　　　　　　　番地 | | | |
| 身体障害者手帳 | | | 交付年月日 | | | 年　　月　　日　　県第　　号　等級　　級 | | |
| 障害名 | | |  | | | | | |
| 現況 | 職業 | | |  | | | | 在宅　入所　入院  入所（院）施設名 |
| 使用補装具の種目（名称） | | |  | | | |
| 退院見込　　年　月　日 |
| 判定依頼事項 | | 進行性筋萎縮症者療養等給付の要否 | | | | | | |
| 備考 | |  | | | | | | |