

18 更生医療の判定に係る様式

判定依頼書

令和 第 年 月 号 日

福岡県障がい者更生相談所長 殿

印

下記の者に対する判定を依頼します。

| | | | | | |
|--------------------|---|-----------------------|-------|-------|--------|
| 申請者 | 氏名 | M・T・S・H 年 月 日生(才) | | | 男 女 |
| | 住所 | | | | |
| 身体障害者手帳 | 交付年月日 | S・H・R 年 月 日 | 番号 | 第 号 | 県・市 |
| 障害名 | | | | 程度 | 級 |
| 判定依頼事項 (該当事項に○) | 1 自立支援費(更生医療)(新規・再認定・変更) 要否判定 2 補装具費(新規・再支給・借受け・修理) 要否判定 補装具の名称 希望業者名 3 その他 | | | | |
| 補装具費 支給状況 | 有 ・ 無 | | | | |
| | 最近5年間(無い場合は直近)の補装具購入・借受け・修理状況 | | | | |
| | 補装具名 | H・R | 年 月 日 | 購・借・修 | |
| | 補装具名 | H・R | 年 月 日 | 購・借・修 | |
| | 補装具名 | H・R | 年 月 日 | 購・借・修 | |
| | 補装具名 | H・R | 年 月 日 | 購・借・修 | |
| 備考 | 来所希望日があれば、予定年月日を記載すること 来所希望年月日 令和 年 月 日 | | | | |
| | その他の事項 借受けの意向… 有・無 | | | | |

市町村担当課・担当者名 ()