

20 更生医療の判定に係る様式

判定依頼書

令和 第 年 月 日 号

福岡県障がい者更生相談所長 殿

市町村長

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)		
	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 ()