

判定依頼書

福岡県障がい者更生相談所長 殿

令和 第 年 月 日 号

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	年 月 日生(才)		
	住所			
身体障害者手帳	交付年月日	年 月 日	番号	第 県・市号
障害名 又は 疾患名	(難病等の場合は該当する疾患名を記載)		程度	級
判定依頼事項 (該当事項に○)	1 自立支援医療費(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	年	月	日購・借・修
	補装具名	年	月	日購・借・修
	補装具名	年	月	日購・借・修
	補装具名	年	月	日購・借・修
備考	来所希望年月日 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 ()

介護保険に係る調査書

氏名	生年月日 年 月 日生（ 歳）
障害名	
等級（ 級）	
要介護認定の申請（ あり ・ なし ・ 申請中 ・ 申請予定 ）	
介護認定の結果（ 非該当 ・ 要支援 1・2 ・ 要介護 1・2・3・4・5）	
*直近の認定年月日（ 年 月 日）	
<p>障害者総合支援法適用に係る市町村の意見</p> <p><small>{介護保険対応の福祉用具（レディメイドの車椅子・電動車椅子等）での対応が困難な理由等}</small></p>	
<p>介護保険対応の福祉用具（レディメイドの車椅子・電動車椅子等）の適用に係るケアマネジャー等の意見</p> <p>①車椅子等の試乗（ 有（②へ） ・ 無 ）</p> <p style="padding-left: 20px;">注）無の場合→試乗等をしてもらい、介護保険での対応の検討を行うこと。</p> <p>②試乗した車椅子等のメーカー、品名、型番等</p> <p style="padding-left: 20px;">※カタログ（価格が記載されたもの）等（写し）を添付すること。</p> <p>③操作状況</p> <p>④介護保険の福祉用具（レンタル）で対応が困難な状況</p> <p style="padding-left: 20px;">（身体状況、生活状況、家屋の状況等できる限り詳細に記載すること。）</p> <p>⑤その他</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">（この様式に収まらない場合は別紙を添付すること。）</p>	
調査日	市町村調査者氏名
年 月 日	