

21 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			年 月 日生(才)	
	住所				
身体障害者手帳	交付年月日	昭・平・令 年 月 日	番号	第 県・市 号	
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				
補装具費 支給状況	3 その他				
	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	平・令	年	月	日 購・借・修
	補装具名	平・令	年	月	日 購・借・修
	補装具名	平・令	年	月	日 購・借・修
	補装具名	平・令	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				
備考	その他の事項				
	借受けの意向… 有・無				

市町村担当課・担当者名 ()