

# 判 定 依 頼 書

第 年 月 日 号

山口県身体障害者更生相談所長 様

市 町 長

下記の者に対する判定を依頼する。

記

ふりがな 氏名		男・ 女	生年月日	年 月 日生 ( 歳)
住 所				
身 体 障 害 者 手 帳	県 号	年 月 日交付 年 月 日再交付	総合 等級	種 級
	障害内容 (各障害の等級)			( 級) ( 級)
疾病名 (難病患者等)	難病の有無： 有 無			
長期給付の内容 (現在被保険者であればそれも含む。)			医療保険名	
現在受療中の医療機関名及び受療頻度			更生医療の給付申請 新規・延長・変更	
家族関係			これまでの給付期間 年 月～ 年 月 年 月～ 年 月	
生育・職業歴			補装具費支給 (購入・借受け・修理) 歴の有無	
障害に関する既往歴			無 ・ 有 ※ 「有」の場合は、台帳を添付のこと	
判定依頼事項				
判定依頼の種類… 一般 ・ 迅速				
申請の種類… 購入 (借受けの意向 有・無) ・ 借受け ・ 修理				
借受けの意向…有・無				
定期・巡回 (令和 年 月 日)				
備考				
意見書作成医の資格 <input type="checkbox"/> 身体障害者福祉法第 15 条第 1 項に基づく指定医 <input type="checkbox"/> 指定自立支援医療機関において当該医療を主として担当する医師 <input type="checkbox"/> その他 ( )				

※身体障害者手帳又は台帳の写しを添付する場合は手帳欄の記載は不要

