様式第4号(第4条関係)

判定依頼書

第　　　号

年　月　日

福島県障がい者総合福祉センター所長　様

小野町長　　　　　　　　　　　　印

下記の者に対する判定を依頼します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者名 | 　 | 生年月日 | 年　月　日　 | 性別 | 男・女 |
| 居住地 | 　 |
| 身体障害者手帳 | 　　第　　　　　号　　　年　　月　　日交付(　　種　　級) |
| 障害名 | 　 |
| 医療保険名 | 　 | 　 | 　 |
| 年金等の給付状況(現在被保険者であればそれも含む) |
| 家族関係 |
| 生育・職業歴 |
| 障害に関する既往歴 | 最近5年間の補装具交付修理状況年　月年　月 |
| 現在受療中の医療機関名 |
| 判定依頼事項 | 判定日判定場所 |