様式第3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  下記の者について、判定を依頼します。  記 | | | | | | |
| 本人 | 氏名 |  | | 男・女 | | 歳 |
| 住所 |  | | | | |
| 判定予定月日 | 年　　月　　日 | | 判定場所 | |  | |
| 判定依頼事項  ・施設入所(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  ・職親委託　　　　　　　　　　　　　　　・職業  ・医療保健　　　　　　　　　　　　　　　・生活  ・療育手帳(交付申請・程度確認)  ・施設入所者の再判定(施設名　　　　　　　　　重度加算　　有・無　　　　)  ・その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 添付書類 |  | | | | | |