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 | 　 |