様式第1号（第3条関係）

判定依頼書

椎福発第　　　　　号

年　　月　　日

宮崎県身体障害者相談センター所長　殿

椎葉村長　　　　　　　　印

下記の者について判定を依頼します。

|  |  |
| --- | --- |
| 判定方法 | 定例判定（来所・書面）　巡回相談（会場：　　　　　　　　） |
| 医学判定受診料 | 1眼科　2整形外科　3耳鼻咽喉科　4内科　5その他（　　　　　　） |
| 判定希望日 | 　　年　　月　　日（　　） |
| 身体障害者 | 氏名 | （ふりがな） | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日（　　　歳） |
| 住所 |  |
| 身体障害者手帳 | 交付年月日　　　　　　　年　　月　　日（再交付年月日　　　　　年　　月　　日） | 番号 |  |
| 障害名 | 種　　　　　級 |
| 判定依頼内容 | 1　補装具（交付・修理：希望種目　　　　　　　　）（前回の交付・修理状況　　年　　月　交付・修理）（指定業者名：　　　　　　　　　　　　）他制度利用の有無（損害賠償保険・業務災害補償保険・戦傷法・　　□有　□無　厚生年金・介護保険）生活保護受給の有無　　□有　　□無2　更生医療（医療内容：　　　　　　　　　　　　）3　施設訓練等支援費（更生施設・療護施設・授産施設）入所・通所　入所・通所　入所・通所⑴　程度区分における各チェック項目の選択肢の判断が困難（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）⑵　認知・記憶等の障害、重複障害、合併症などがあり専門的な知見が必要（　　　　　　　　　　　　　　　　　）⑶　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）4　進行性筋萎縮症者療養等給付 |
| 市町村での申請書受理年月日 | 　　年　　月　　日 | 担当者所属氏名 |  |