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 | | |  | | |