様式第３号（第３条関係）

判定依頼書

第　　　　　号

年　　月　　日

鳥取県東部身体障害者更生相談所長　様

八頭町長　　　　　　　　　　㊞

下記に対する判定を依頼します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 身体障害児・者 | 氏名 | 年　　　月　　　日生 |
| 住所 | 八頭郡八頭町 | 年金保険 |  |
| 身体障害者手帳 | 都道府県（市）第　　　　　号年　　　月　　　日交付 |
| 障害名 |  | 等級 | 種　　級 |
| 判定依頼事項 | 補装具交付・再交付・義肢・装具、座位保持装置、車いす、電動車いす（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）・補聴器・弱視眼鏡・その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 判定方法 | ・来所判定（　　　月　　　日）　　・文書判定 |
| 備考 | （前回までの交付状況、受診医療機関、来所出来ない理由など） |