様式第3号(第4条関係)

(表)

|  |
| --- |
| 判定依頼書第　　　　　号　年　　月　　日　身体障害者更生相談所長　　様長　　　　　　　　　　㊞　下記の者に対する判定を依頼する。 |
|  | 巡回 | 出頭 |  |
|  |
| 身体障害者 | 氏名 |  | 男女 | 年　　月　　日生 |
| 住所 |  |
| 身体障害者手帳 | 交付年月日 | 年　　月　　日 | 交付番号 | 沖縄県第　　　　　号 |
| 障害名 |  | 等級 | 種級 |
| 現職 |  | 希望職業 |  |
| 判定依頼事項 | 1　補装具の要否判定 | 補装具名 |  |
| 2　更生医療の給付要否判定 | 診療別 | 心臓、腎臓、その他 |
| 3　施設入所の要否判定 | 施設名 |  |
| 4　その他 |
| 連絡先 | 1　自宅2　その他 |
| 備考 |  |

(裏)

|  |
| --- |
| 判定依頼調書 |
| 障害者氏名 |
| 家族の状況 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 健康状態 | 同別居の状況 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 補装具の使用状況 | 最近5年間の交付状況 |
| 交付年月日 | 種別 |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 年　　月　　日 |  |
| 障害の経過 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |