様式第5号(第7条関係)

(表)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第　　　　　号  年　　月　　日  身体障害者更生相談所長　　様  国頭村長  判定依頼書  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 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |