様式第2号（第4条関係）

判定依頼書

第　　　　　号

　　年　　月　　日

香川県身体障害者相談所長　様

丸亀市福祉事務所長

下記の者に対する判定を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者名 | 男・女 | 年　月　日生 | | 住所 | |  | | |
| 手帳番号 | 香川県　第　　　　号  　　年　　月　　日交付 | | 障害名 | | | | 等級 |  |
| 長期給付の内容（現在被保険者であればそれも含む。） | | | | | | | | |
| 家族関係・希望理由 | | | | | | | | |
| 生育・職業歴 | | | | | | | | |
| 障害に関する既往歴 | | | | | 最近５年間の補装具交付・修理状況  　　年　　月  　　年　　月  　　年　　月  　　年　　月 | | | |
| 現在受療中の医療機関名 | | | | | | | | |
| 判定依頼事項　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　通所・巡回・在宅 | | | | | | | | |