様式第1号（第3条関係）

判定依頼書

第　　　　　号

　　年　　月　　日

香川県知的障害者相談所長　様

丸亀市福祉事務所長

次の者について判定を依頼する。

１　判定を求める者

氏名

生年月日　　　　　　　年　　月　　日生

性別

住所

２　判定場所

３　判定予定日時　　　　年　　月　　日　　時　　分

４　判定依頼事項

(１)　知的障害者福祉法第９条第６項に基づく事項

(２)　知的障害者福祉法第16条第２項に基づく事項

(３)　その他

５　判定依頼所見

(１)　医学的判定

(２)　心理学的判定

(３)　職能的判定

(４)　社会的判定

６　添付書類

(１)　勘案事項整理票

(２)　障害程度区分聴取り票

(３)　主治医からの診療情報