第3号様式

判定依頼書

第　　　　　号

　　　　年　　月　　日

身体障害者更生相談所長　　　　殿

御杖村長　　　　　　　　　　㊞

下記の者に対する判定を依頼する。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害者名 |  | 住所 | 奈良県宇陀郡御杖村 | |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 手帳　　　　　号  　　年　　月　　日交付 | | 医療保険名 | | |
| 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 | | | | |
| 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 | | |