参考様式

判　 定　 依　 頼　 書

　　　　　　　　第 　　 　　号

　　　年　　月　　日

北海道立心身障害者総合相談所長　　様

（実施者） 印

　次の者について判定を依頼します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な |  | 男　　女 | 　　　年　　 月　　 日  |
| 氏　　　　　　　名 |  |
| 住　　　　　　　所 |  |
| 判定依頼事項 | 　１　補装具費支給の要否（購入〔借受けの意向　有・無〕・借受け・修理）　２　自立支援医療（更生医療）の要否　３　療育手帳交付（新規・再判定）　４　そ　 の　 他（ 　　　　　 ） |
| 身体障害者手帳 | 　障害程度　　　種　　　級　（交付年月日　　　　　　　年　　月　　日）　障害名□申請中（申請日　　　　　　年　　　月　　　日）※手帳申請中の場合は、申請時の診断書・意見書の写しを添付のこと。 |
| 疾患名 | ※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと。※補装具費支給申請時に提出された診断書の写し又は特定疾患医療受給者証の写しを添付のこと。 |
| 療育手帳 | 　手帳　無・有　Ａ・Ｂ　（交付年月日　　　　　　　　　年　　　月　　　日）　　　　　　　　　　　　（前回の判定機関〔当所・　　　　　児相・その他　　　　〕）※手帳無で過去に更生相談所・児童相談所で判定を受けている場合は次に記入してください。　　　　　　　　　　　判定日　　　　　　　　　年　　　月　　　日（当所・　　　　児相・その他　　　　　） |
| 判定の方法 | 来　所　・　巡　回　・　文　書　・　その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 判定希望日時 | 　　　年　　　月　　　日　　　　　　時 |
| 備　　　　　　考 |  |

記入留意事項

【氏名欄】

当所のデータ管理上必要であり、必ずふりがなを付けること。

性別も必ず記載のこと。生年月日が調査書と相違ないかチェックすること。

【住所欄】

本人の現住所（住民票の所在の有無ではなく、本人の現在地、生活拠点）を記載すること。

施設（グループホームを含む）に入所中の場合は、備考欄に施設名を記載してください。

【判定の方法欄】

該当する項目に○印を記入すること。

【判定日】

事前に当所と調整済みの場合は判定方法、日時を記入の上依頼すること。