

## 判定依頼書（補装具費）

第 号  
年 月 日

福島県障がい者総合福祉センター所長 様

長 印

下記の者に対する判定を依頼します。  
記

(フリカ`ナ)				男女	生年月日	年 月 日生	歳
氏 名							
居 住 地							
身体 障害 者手 帳	交 付 年 月 日	年 月 日	番号	都 道 府 県 市 第 号			
	障がい名 又は疾病 名						障がい 等 級
生 活 状 況	現 在 の 生活場所	1 在宅 → <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親戚宅 <input type="checkbox"/> その他    2 施設 (名称: _____)					
	職 業	3 医療機関 (名称: _____)    退院予定: <input type="checkbox"/> 有 → 月 日頃 <input type="checkbox"/> 無					
家 族 構 成	続 柄						
	年 齢						
	職 業						
補装具の支給歴 (他制度の場合 は()書き)	種目・ 名称						
	引渡日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
判定依頼事項	補装具名: [ _____ ]    [借受けの有無] <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [支給区分]    1 新規    2 再支給    3 修理 <input type="checkbox"/> 2具目						
判 定 方 法	1 書類判定    2 相談会判定 - <input type="checkbox"/> 来所相談会 <input type="checkbox"/> 巡回相談会    [判定日: 月 日]						
希 望 業 者							
添 付 書 類	1 補装具費支給要否意見書    2 補装具費支給に係る借受けに関する調査書 3 車椅子等調査書    4 重度障害者用意思伝達装置調査書 5 車椅子等支給に係る介護保険調査書    6 特例補装具費支給申請理由書 7 診断書(様式第8号)    8 見積書(写) 9 その他( _____ )						
補装具費支給 に対する意見	【補装具費の支給を必要とする理由及び判定上参考となる事項を記入すること】 (①他制度適用の可否、②耳あな型の補聴器、③2個支給(又は2個目の支給)の必要な理由については、必ず記入すること)						

注 障がい名又は疾病名の欄には、身体障害者手帳を持たず障害者総合支援法に指定された難病等により補装具を申請する場合は、その疾病名を記載すること。