

(様式第1号)

相談判定依頼書

第 _____ 号
年 月 日

福島県障がい者総合福祉センター所長

長

下記の者について、相談判定を依頼します。

記

本人	氏名		年 月 日生(歳)	男・女
	住所			
相談判定依頼日	年 月 日	会場		
1 相談判定依頼事項				
<input type="checkbox"/> 技術的援助・助言 知的障害者福祉法 第9条第6項、第10条第3項 に基づく				
<input type="checkbox"/> 判定(医学的・心理学的・職能的)及び療育手帳 (<input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 程度確認) 知的障害福祉法 第9条第7項 に基づく				
<input type="checkbox"/> 障害者支援施設等への入所等の措置にかかる判定 知的障害者福祉法 第16条第2項 に基づく				
<input type="checkbox"/> 介護給付費等の支給要否決定に関する意見 障害者総合支援法 第22条 に基づく				
<input type="checkbox"/> 地域相談支援給付の要否決定にかかる意見 障害者総合支援法 第51条の7 に基づく				
<input type="checkbox"/> その他(_____)				
2 相談判定を依頼する理由(上記について詳細に記載)				
添付書類				
<input type="checkbox"/> 知的障がい者調査書(療育手帳がない方用) (様式第2号)				
<input type="checkbox"/> 知的障がい者調査書(療育手帳がある方用) (様式第3号)				
<input type="checkbox"/> 社会生活能力調査票 (様式第4号)				
<input type="checkbox"/> 在学中の記録 (様式第7号の1・2・3)				
<input type="checkbox"/> 障害福祉事業所調査票 (様式第8号)				
<input type="checkbox"/> 医師意見書 (様式第9号)				
<input type="checkbox"/> 発達期調査票(様式第14号)				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				