第　　　 号

年 月 日

送付先

判　　定　　依　　頼　　書

身体障害者更生相談所長　様

市 町 村 長 印

**固定文言１**

下記の者に対する補装具の判定を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　　象　　者 | | | フリガナ |  | 生年月日 | |  | |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  | | | | |
| 身 体 障 害 者 手　　　　　帳 | | | 手帳番号 |  | | 等　　級 |  | |
| 交付日 |  | | 再交付日 |  | |
| 障　　害　　名 | | |  | | | | | |
| 申 請 の 種 類 | | |  | | | | | |
| 最近６年間の補装具購入・借受け・修理状況 | | | | | | | | |
| 判　定　依　頼事　　　　項 | | | **固定文言２＋編集１** | | | | | |
| 備　　　　　考 | | | **固定文言３＋編集２** | | | | | |
| （お問合せ先） | | | | | | |
| ●●市福祉部障害福祉課  **自由記載１** | | | | | | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ | | | | | |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa | | | | | |