第　　　　号

　　 年　　月　　日

判定協議先

手　　当　　名障害程度判定協議依頼書

福祉事務所長　　印

**固定文言１**

下記の受給者の判定協議を依頼します。

記

○/○ ページ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 受給者氏名 | 認定番号  協議日 | 協議の理由 | 処理経過 | **固定文言２**  備　　考 |
|  |  |  |  |  | **編集１** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 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 |