自立支援医療

様式例　自１

# 判　定　依　頼　書

第　　号
令和　　年　　月　　日

千葉県　　障害者相談センター長

長

下記の者に対する判定を依頼する。

記

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな<br>氏　名 | | 男<br>女 | 大正・昭和・平成<br>年　月　日生（　　歳） | |
| 住　所 | | | | |
| 身体障害者<br>手　帳 | 交付<br>年月日 | 昭和<br>平成<br>令和　　年　月　日 | 番　号 | 第　　号 |
| 障害名 | | | （　　級） | |

| | | |
|---|---|---|
| 備考 | 医療機関名 | |
| | 自立支援医療支給開始年月日 | 平成・令和　　年　月　日 |
| | 前回支給期間 | 令和　年　月　日から令和　年　月　日 |
| | 今回希望支給期間 | 令和　年　月　日から令和　年　月　日（　日・　か月）<br>入院　外来　訪問看護等　新規　・　継続　・　変更 |
| | 添付書類 | 1　自立支援医療要否意見書<br>2　身体障害者診断書・意見書の写し<br>3　身体障害者手帳の写し<br>4　その他（　　） |
| | 生活保護費受給者ですか（はい・いいえ）　　担当者氏名 | |

千葉県中央東葛飾障害者相談センター

様式例　自１

自立支援医療

# 判　定　依　頼　書

判定依頼書の注意点

第　　号

令和　　年　　月　　日

千葉県　　障害者相談センター長

長

下記の者に対する判定を依頼する。

記

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな<br>氏　名 | | 男<br>女 | 大正・昭和・平成<br>年　月　日生（　　歳） | |
| 住　所 | | | | |
| 身体障害者<br>手　帳 | 交付<br>年月日 | 昭和<br>平成<br>令和　　年　月　日 | 番　号 | 第　　号 |
| 障　害　名 | | | | 級） |

新規もしくは障害追加で、交付日予約の場合は予約番号を記載してください。

判定依頼する障害名のみ記載してください。
手帳同時申請の場合も、申請中の障害を記載してください。

| | | |
|---|---|---|
| 備考 | 医療機関名 | |
| | 自立支援医療支給開始年月日 | 平成・令和　　年　月　日 |
| | 前回支給期間 | 令和　年　月　日から令和　年　月　日 |
| | 今回希望支給期間 | 令和<br>入 ・　か月）<br>変更 |
| | 添付書類 | 1　自立支援医療要否意見書<br>2<br>3<br>4　その他（　　） |
| | 生活保護費受給者ですか（はい | |

継続・変更は前回の支給期間を記載してください。

変更の場合、外来→入院
入院→外来なども追記してください。

添付した書類に〇をつけてください。

生活保護費受給者か確認の上、どちらかに〇をつけてください。
その他特記事項があれば記載してください。

ィター