

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 氏名		男 女	大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
住 所			
身体障害者 手 帳	交 付 年月日	昭和 平成 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) 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 2 身体障害者診断書・意見書の写し 3 身体障害者手帳の写し 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 _____

判定依頼書

判定依頼書の注意点

令和 年 月 日 第 号

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 氏名		男 女	大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
住所	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。		
身体障害者 手帳	交付 年月日	昭和 平成 令和	年 月 日 番号 第 号
障害名	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。		級)

備	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 継続・変更は前回の支給期間を記載してください。
	今回希望支給期間	令 日・ か月) 変更の場合、外来→入院 入院→外来なども追記してください。 日・ 変更
考	添付書類	1 自立支援医療要否意見書 添付した書類に○をつけてください。 4 その他 ()
	生活保護費受給者ですか (は	生活保護費受給者が確認の上、どちらかに○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。

センター