様式第１号

判定依頼書（迅速・一般）

第　　　　号

　　年　　月　　日

　岩手県福祉総合相談センター所長　様

福祉事務所長　　（印）

町村長　　（印）

　下記の者に対する判定を依頼します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 男・女 | 　年　月　日生 | 住所 |  |
| 身体障害者手帳（　有　・　無　） | ○○県　第　号　年　月　日交付（○種○級） | 障害名 |
| 疾患名　※障害者総合支援法施行令に規定する疾病に該当　（　□する　・　□しない） |
| 医療保険名 |  |
| 家族関係 |
| 就学・職業の状況（社会活動・社会参加の状況を含む）※補聴器の両耳装用、耳あな型を希望する場合は、具体的に記載願います。 |
| 判定依頼事項１　補装具　①　種目等　　　　(新規・借受け・再支給・修理) ②　判定依頼事由　　　購入・借受け・修理　　　借受けの意向　有　期間　　　　　　　　月　　　　　　　　　　　　無 | 最近5年間の補装具の交付・借受け・修理の状況 |
| 年　月 | 補装具種目等 | 購入・修理 | 適用制度 |
|  |  | 購入・借受け・修理 | 障がい・難病 |
|  |  | 購入・借受け・修理 | 障がい・難病 |
|  |  | 購入・借受け・修理 | 障がい・難病 |
|  |  | 購入・借受け・修理 | 障がい・難病 |
|  |  | 購入・借受け・修理 | 障がい・難病 |
| 現在受療中の医療機関名（入院中の医療機関名、入院理由、退院見込、既往歴、合併症等） |
| そ　の　他（新規に装具を必要とする場合の治療用装具の有無、補聴器の両耳装用を必要とする理由、補聴器の耳あな型を必要とする理由、再支給の理由等）　　　　　　 |