

## 判定依頼書 ㊟

第 号  
年 月 日

岡山県身体障害者更生相談所長 殿

市 町 村 長

次の者に対する判定を依頼する。

(ふりがな) 障害者名	男 女	年 月 日生 歳
住 所		
身体障害者 手 帳	第 号 ( 年 月 日 交付) 障害追加年月日 ( 年 月 日)	第 の 号 級
	手帳申請中 (申請日: 年 月 日)	
手 帳 障 害 名		
指定自立支援 医療機関名		
支給を希望する 医 療 の 内 容	1. 心 臓 2. 腎 臓 (慢性透析療法、訪問看護、腎移植術、術後抗免疫療法) 3. 肢体不自由 4. 肝 臓 (肝臓移植術、術後抗免疫療法) 5. その他 ( )	
手 術 予 定 日 透析導入年月日	年 月 日	
判定依頼事項	1. 自立支援医療 (新規) 2. 自立支援医療 (期間延期)	
自立支援医療申請日	年 月 日	
備考		