

判 定 依 頼 書 罫

第 年 月 日
号

岡山県身体障害者更生相談所長 殿

市 町 村 長

① 総合等級ではなく、更生医療の判定依頼を行う機能障害の等級を記載すること。

(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 号 ②	級		
	① 手帳申請中 (申請日: 年 月 日)				
手 帳 障 害 名	③ ③更生医療の判定依頼を行う機能障害名のみ記載すること。				

指定目立支援 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) 3. 肢体不自由 4. 肝 臓 (肝臓移植術、 5. その他 (
手 術 予 定 日 透 析 導 入 年 月 日	年
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
④ 備考	④備考欄には、手帳との同時申請が必要であると判断した理由や、医療機関からの聞き取り情報など、判定に必要な情報を記載すること。

②当該欄に記入した場合、手帳との同時申請を行わなければならない「緊急かつやむを得ない」と判断した理由を④備考欄に記載すること。
「本人が同時に申請を行った」、「医療機関から至急での対応依頼があった」、「経済的な問題により医療費が支払えない」、等の事実の記載ではなく、情報を整理し判断を行うこと。