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

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。

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 | **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。 | | | |
| 指定自立支援  医療機関名 | | **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。 | | |
| 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  **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**（「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。）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。 | | 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 | |  | | |