

判 定 依 頼 書

○ ○ 第 号
令和 年 月 日

障害者相談センター所長 様

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)		
身体障害者 手 帳	交 付 年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	番 号	千葉県 第 号
障害区分	肢体不自由・聴覚障害・その他 ()				
判 定 依 頼 事 項	補装具 車椅子 ・ 電動車椅子 ・ 座位保持装置 義足 ・ 短下肢装具 補聴器 ・ 重度障害者用意思伝達装置 その他 ()				
判 定 区 分	1 来所判定 2 訪問判定 3 書類判定 4 県外依頼				
判定予定日	年 月 日	判定会場	所内・訪問・船橋・館山・木更津 茂原・成田・旭・市原・浦安・松戸		
援護の経過	補装具交付、再交付、修理などの履歴				
補装具製作 業 者					
備 考 特記事項等	担当者氏名 _____				