様式例　自１

自立支援医療

**判定依頼書**

第　　　　号

令和　　年　　月　　日

千葉県　　　障害者相談センター長

長

　下記の者に対する判定を依頼する。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 男  女 | 大正・昭和・平成  　　年　　月　　日生（　　　歳） | | |
| 氏名 |  | | |
| 住所 |  | | | | | | |
| 身体障害者  手帳 | 交付  年月日 | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 | | | 番　号 | 第　　　　　　号 |
| 障害名 | （　　　級） | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 備  考 | 医療機関名 |  |
| 自立支援医療支給開始年月日 | 平成・令和　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 前回支給期間 | 令和　年　月　日から令和　年　月　日 |
| 今回希望支給期間 | 令和　年　月　日から令和　年　月　日（　　日・　　か月）  入院　外来　訪問看護等　新規　・　継続　・　変更 |
| 添付書類 | １　自立支援医療要否意見書  ２　身体障害者診断書・意見書の写し  ３　身体障害者手帳の写し  ４　その他（　　　　　　　） |
| **生活保護費受給者ですか（はい・いいえ）**　　　担当者氏名 | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　千葉県中　央東葛飾障害者相談センター

様式例　自１

自立支援医療

**判定依頼書**

判定依頼書の注意点

第　　　　号

令和　　年　　月　　日

千葉県　　　障害者相談センター長

長

　下記の者に対する判定を依頼する。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 男  女 | 大正・昭和・平成  　　年　　月　　日生（　　　歳） | | |
| 氏名 |  | | |
| 住所 | 新規もしくは障害追加で、交付日予約の場合は予約番号を記載してください。 | | | | | | |
| 身体障害者  手帳 | 交付  年月日 | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 | | | 番　号 | 第　　　　　　号 |
| 障害名 | 判定依頼する障害名のみ記載してください。  手帳同時申請の場合も、申請中の障害を記載してください。  （　　　級） | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 備  考 | 医療機関名 |  |
| 自立支援医療支給開始年月日 | 平成・令和　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 前回支給期間 | 令和　年　月　日から令和　年　月　日  継続・変更は前回の支給期間を記載してください。 |
| 今回希望支給期間 | 令和　年　月　日から令和　年　月　日（　　日・　　か月）  変更の場合、外来→入院  入院→外来なども追記してください。  入院　外来　訪問看護等　新規　・　継続　・　変更 |
| 添付書類 | １　自立支援医療要否意見書  ２　身体障害者診断書・意見書の写し  添付した書類に〇をつけてください。  ３　身体障害者手帳の写し  ４　その他（　　　　　　　） |
| 生活保護費受給者か確認の上、どちらかに○をつけてください。  その他特記事項があれば記載してください。  **生活保護費受給者ですか（はい・いいえ）**　　　担当者氏名 | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　千葉県中　央東葛飾障害者相談センター