[様式１]　2024.04改

判　　定　　依　　頼　　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　長野県立総合リハビリテーションセンター所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市　町　村　長

下記の者の判定を依頼します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 判定の方法 | １　直接　　　　２　巡回　　　　　３　書類 |
| 身体障がい者本　　　人 | ふりがな氏　　名 |  | 年　　　月　　　日生（　　　　歳）　 |
| 住　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　（℡　　　－　　　－　　　　　） |
| 身体障害者手　　　帳 | 交付年月日 | 交　付　　年　　月　　日再交付　　年　　月　　日 | （手帳同時申請時のみ記載してください※1）手帳受付番号： |
| 手帳番号 | □長野県・□長野市・□松本市・□その他（　　　　　）第　　　　　号※県外又は長野市及び松本市の場合は写しを添付 |
| 障害名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　種　　級) |
| 疾患名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと) |
| 市町村窓口申 請 日※2 | 年　　　月　　　日　申請者より書類提出 |
| 判定依頼事　　　　項 | 　１　補装具　[□新規・□再支給・□修理・□借受け]　補装具の種類（児童の場合は具体的判定依頼事項についても）：　　補装具交付・修理の状況①　　　年　　月　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕　②　　　年　　月　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕　③　　　年　　月　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕④　　　年　　月　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕　２　自立支援医療（更生医療）　[□新規・□再認定・□変更]　肢体・心臓・腎臓・肝臓・その他（　　　　　　　　　　　　）(新規の場合は､身体障害者手帳診断書の写しを添付)　３　障害程度区分等（障害者総合支援法第21条）　　添付書類：聴き取り表・医師意見書等 |
| 備　　考 | 県リハセンター　判定・受診の有無：有（　　　年　　月頃）・無 |

（注※1）　手帳と同時申請ができるものは、心臓の障害のうち限られた疾病のものに限ります。

（注※2）　市町村窓口申請日欄には、市町村（支所を含む）に申請書が提出された日を記載します。

　　　　　　（電話等による事前相談日ではありません）