

判定依頼書

保第 号
年 月 日

愛媛県福祉総合支援センター所長 様

内子町長 小野植 正久

印

下記の者に対する判定を依頼する。

記

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日生
住 所			
手 帳	愛媛県第 号 年 月 日交付	医療保険名	
長期給付の内容(現在被保険者であればそれも含む)			
家 族 関 係			
生 育 ・ 職 業 歴			
障害・疾患等に関する既往歴		最近5年間の補装具購入・借受け・ 修理状況 年 月 (購入・借受け・修理) 年 月 (購入・借受け・修理) 年 月 (購入・借受け・修理) 年 月 (購入・借受け・修理) 年 月 (購入・借受け・修理)	
現在受療中の医療機関名			
判定依頼事項 …… 申請の種類 …… 購入(借受けの意向 有・無)、借受け、修理 借受けの意向…有・無 判定の方法 ……来所、巡回、書類			

(注意) 補装具の判定依頼の場合は、見積書(写)、車いすのカタログ及び難病患者等に係る医師の診断書(特定疾患医療受給者等により確認できる場合を除く。)を添付のこと。