

判定依頼書

令和 第 年 月 日

福岡県障がい者更生相談所長 殿

市町村長

下記の者に対する判定を依頼します。

申請者	氏名	T・S・H・R 年 月 日生(才)		
	住所			
身体障害者手帳	交付年月日	S・H・R 年 月 日	番号	第 県・市号
障害名 又は 疾患名	(難病等の場合は該当する疾患名を記載)		程度	級
判定依頼事項 (該当事項に○)	1 自立支援医療費(更生医療)(新規・再認定・変更)要否判定 2 補装具費(新規・再支給・借受け・修理)要否判定 補装具の名称 希望業者名 3 その他			
補装具費 支給状況	有 ・ 無			
	最近5年間(無い場合は直近)の補装具購入・借受け・修理状況			
	補装具名	H・R	年 月 日	購・借・修
	補装具名	H・R	年 月 日	購・借・修
	補装具名	H・R	年 月 日	購・借・修
	補装具名	H・R	年 月 日	購・借・修
備考	来所希望年月日 R 年 月 日			
	その他の事項			
				借受けの意向… 有・無

市町村担当課・担当者名 ()

介護保険に係る調査書

氏名	T・S 年 月 日生 (歳)
障害名	等級 (級)
要介護認定の申請 (あり ・ なし ・ 申請中 ・ 申請予定)	
介護認定の結果 (非該当 ・ 要支援 1・2 ・ 要介護 1・2・3・4・5)	
* 直近の認定日 (平成・令和 年 月)	
<p>障害者総合支援法適用に係る市町村の意見</p> <p>[介護保険対応の福祉用具 (レディメイドの車椅子・電動車椅子等) での対応が困難な理由等]</p>	
<p>介護保険対応の福祉用具 (レディメイドの車椅子・電動車椅子等) の適用に係るケアマネジャー等の意見</p> <p>①車椅子等の試乗 (有 (②へ) ・ 無)</p> <p style="margin-left: 20px;">注) 無の場合→試乗等をしていただき介護保険での対応の検討をお願いします</p> <p>②試乗した車椅子等の型式</p> <p style="margin-left: 20px;">[普通型・手動リフト式普通型・前方大車輪型・片手駆動型・レバー駆動型・手押し型]</p> <p style="margin-left: 20px;">* 各々リクライニング機構の (有 ・ 無)、ティルト機構の (有 ・ 無)</p> <p style="margin-left: 40px;">リクライニング・ティルト機構の (有 ・ 無)</p> <p>③試乗した車椅子等のメーカー、品名、型番等</p> <p>④操作状況</p> <p>⑤介護保険の福祉用具 (レンタル) で対応が困難な状況</p> <p style="margin-left: 20px;">(身体状況、生活状況、家屋の状況等できる限り詳細をお願いします)</p> <p>⑥その他</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">(この様式に収まらない場合は別紙を添付されてもかまいません)</p>	
令和 年 月 日 (市町村名・職・氏名)	