

(様式2)

年 月 日

大分県

長 殿

市福祉事務所長
町 村 長

療育手帳判定依頼書

下記の者について療育手帳の判定を依頼します。

依頼内容	1 新規判定依頼 2 再判定依頼	申出年月日 (再判のみ記入)	H	年	月	日
対象者	(フリガナ) 氏 名	(歳) 年 月 日生	性別	男 女		
	(〒) 住所	(TEL)				
	利用している施設名 (入所・通所)					
方法	1 来所判定可能 2 出張判定希望(理由:)					
参 考 事 項	手帳番号	大分県第 号	交付年月日	年 月 日		
	障がい程度		前回判定日	年 月 日		
	前回判定機関		次回判定年月	年 月		
	保護者氏名	(続柄) (TEL)	住 所 生年月日	年 月 日		
	※判定連絡先	氏名 住所	(続柄又は関係) (TEL)			
	その他参考となる事項:					

注意事項:

1. 申出年月日は、本人・保護者が市町村窓口等で申請手続を行った日を記入してください。
2. 保護者とは、親権を行う者、配偶者、後見人その他の者で知的障がい者を現に監護する者となります。※判定連絡先欄は、連絡先が保護者以外の場合のみ記入してください。
3. 申請者が本人および保護者以外の場合は、その他参考となる事項欄に申請者氏名と続柄を記入してください。
4. 氏名及び住所については、住民基本台帳に登録されている内容で記入してください。

判定依頼書附表

1 取扱いの経路																																											
2 本人から聞かれる手帳取得目的	(新規申請の場合のみ記入)																																										
3 成育歴 ※ 知的障がいをもたらした原因と見られる様な出来事は特に詳しく記入のこと																																											
4 本人の生活歴及び現在の生活状況 ※ 学校・就職・結婚・問題行動等について																																											
5 本人の現在の健康状態、身体障がいの状況	《障害程度区分 》、《精神保健福祉手帳 級》 《身障手帳 第 種 級、障がい名 》																																										
6 家族の状況及び生活環境																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 15%;">続柄</th> <th style="width: 20%;">氏名</th> <th style="width: 10%;">年齢</th> <th style="width: 15%;">職業</th> <th style="width: 15%;">健康状態</th> <th style="width: 20%;">本人に対する態度・理解など</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			続柄	氏名	年齢	職業	健康状態	本人に対する態度・理解など	1							2							3							4							5						
	続柄	氏名	年齢	職業	健康状態	本人に対する態度・理解など																																					
1																																											
2																																											
3																																											
4																																											
5																																											
生活環境																																											
7 公的扶助の状況																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">生活保護受給</td> <td style="width: 10%;">有・無</td> <td style="width: 15%;">特別児童扶養手当受給</td> <td style="width: 10%;">有・無</td> <td style="width: 15%;">障害基礎年金受給</td> <td style="width: 10%;">有・無</td> <td style="width: 10%;">その他</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>		生活保護受給	有・無	特別児童扶養手当受給	有・無	障害基礎年金受給	有・無	その他																																			
生活保護受給	有・無	特別児童扶養手当受給	有・無	障害基礎年金受給	有・無	その他																																					
8 今後の支援についての担当者の意見																																											
市町村 職氏名																																											