判定依頼先

第　　　 号

年 月 日

判　　定　　依　　頼　　書

市 町 村 長 印

**固定文言１**

下記の者に対する更生医療の判定を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者 | フリガナ |  | | 生年月日 | |  |
| 氏　　名 |  | |
| 住　　所 |  | | | | |
| 身 体 障 害 者 手　　　　　帳 | 番 号 |  | 交付日 | |  | |
| 等　　級 |  | 再交付日 | |  | |
| 障　　害　　名 |  | | | | | |
| 判　定　依　頼  事　　　　項 | **固定文言２＋編集１** | | | | | |
| **固定文言３**  備　　　　　考 | **固定文言４＋編集２** | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |