第 号

年 月 日

市 町 村 長 印

窓空宛名

判 定 通 知 書

対象者氏名

様

先にありました補装具費の申請については、専門的判定の必要がありますので、身体障害者更生相談所において判定を行うことになりました。

**固定文言１**

なお、当日は本書をお持ちください。

記

１．身体障害者手帳番号

２．判定依頼事項

**固定文言２＋編集１**

**自由記載１**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （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 |