

別表第一号(第一条の三関係)

判 定 書(自立支援医療(更生医療)・補装具)

第 号
平成 年 月 日

殿

身体障害者更生相談所長 [印]

平成 年 月 日付けの依頼については下記のとおり判定する。

記

氏 名	男 女	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生(歳)
居住地	県	区 市 郡	町 丁目 番 号 方
判 定 年 月 日	平成 年 月 日		
障 害 名		程 度	級
総 合 判 定			

医 学 的 判 定	障 害 状 況	
	意 見	
自 立 支 援 医 療 (更 生 医 療)	1 具体的内容	
	2 治療効果見込み	
	3 術後の等級(級)	
	4 医療費概算額 円	
補 装 具	1 名称(購入・借受 けの別)又は修理項 目及び種目名称別コ ード	4 処方(図示) (注:借受けが必要な場合はその理由も明確に記載)
	2 使用効果見込み (注:借受けが必要 な場合は借受け期間 も記載)	
	3 概 算 額 円	