様式第5号の2(第6条関係)

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 島根県出雲児童相談所長  島根県立心と体の相談センター所長 | 様 |

出雲市長

福祉医療費助成認定判定依頼書　(知的障がい者(児)用)

下記の者についての判定を依頼します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | |
| 氏名 |  | 年　　月　　日 | |
| 保護者名 |  | 本人との続柄 |  |
| 住所 |  | | |
| 備考　　身体障害者手帳  　　　　　　　1　有　　番号(　　　　　第　　　　　　　号　)  　　　　　　　　　　　 発行年月日(　　　　年　　　月　　　日)  　　　　　　　　　　　 等級(　　　　級　)  　　　　　　　　　　　 障がい名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  　　　　　　精神障害者保健福祉手帳  　　　　　　　2　有　　番　　　号（　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　 発行年月日（　　　年　　　月　　　日）  　　　　　　　　　　　 有効期限（　　　年　　　月　　　日）  　　　　　　　　　　　 等　　　級（　　　 級 ）  3　1及び2は無 | | | |