様式第5号(第6条、別表第1関係)

福祉医療費助成認定判定依頼書(知的障がい者(児)用)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | |
|  | | | |

　上記の者についての判定を依頼します。

　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

出雲市長

|  |  |
| --- | --- |
| 島根県出雲児童相談所長  　　島根県出雲知的障害者更生相談所長 | 様 |