

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
令和 年 月 日

殿

身体障害者更生相談所長

令和 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 令和	年 月 日生(歳)			
居住地	県	区 市 郡	町 村	丁目	番 号	方
判 定 年 月 日	令和	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 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	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)