

(様式第 6 号の 1)

保福第 号
年 月 日

心身障がい者リハビリテーションセンター所長 様

大阪市 区保健福祉センター所長

住所
大阪市 区保健福祉センター
保健福祉課 ()
電話
FAX

判定依頼書 (補装具)

次の者に対する補装具費の支給の要否について判定を依頼します。

記

- 1 対象者氏名
対象者生年月日
対象者住所

- 2 身体障がい者手帳番号
判定予定日時

- 3 障がい等級
交付年月日
事業種目