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 村　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			

<table>
<tr><td rowspan="3">医学的判定</td><td>障害状況</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>意見</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3">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</td></tr>
<tr><td></td><td>1 名称又は修理項目

2 使用効果見込み

3 概算額
円</td><td colspan="2">4　処　　方　　（図　　示）</td></tr>
</table>