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　　印

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			

<table>
<tr><td rowspan="2">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>自立支援医療(更生医療)</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>補装具</td><td>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</td><td colspan="2">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)</td></tr>
</table>