

判定依頼書の作成に係る確認書

- ① 氏名、生年月日、住所、電話番号を記入してください。

氏 名： _____

生年月日： 大正 昭和 平成 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所：東温市 _____

電話番号： _____

- ② 老齢年金や障害年金などの各種年金、労災による療養補償給付など、長期的に給付を受けているものはありますか。

はい いいえ

(問2で「はい」と回答した方のみ)

- ③ 長期給付の名称を記入してください。(例：老齢基礎年金・障害厚生年金など)

- ④ 同居している家族はいますか。

はい いいえ

(問4で「はい」と回答した方のみ)

- ⑤ あなたを含めて、同居している家族は何人ですか。

_____ 人

(問4で「はい」と回答した方のみ)

- ⑥ 同居している家族の内訳を記入してください。

(例：自分、妻、子2人、妻の母)

- ⑦ 出生地を記入してください。(例：愛媛県東温市)

- ⑬ 病気に至った経緯、時期及び現在の病状等について、出来る限り、詳しく記入してください。

- ⑭ 現在、使用している補装具（義肢、装具、車いすなど）は、ありますか。

はい いいえ

（問11で「はい」と回答した方のみ）

- ⑮ 現在使用している補装具の直近5年間の交付・修理状況について記入してください。

【交付・修理の状況】

_____年_____月	<input type="checkbox"/> 交付	・	<input type="checkbox"/> 修理
_____年_____月	<input type="checkbox"/> 交付	・	<input type="checkbox"/> 修理
_____年_____月	<input type="checkbox"/> 交付	・	<input type="checkbox"/> 修理
_____年_____月	<input type="checkbox"/> 交付	・	<input type="checkbox"/> 修理
_____年_____月	<input type="checkbox"/> 交付	・	<input type="checkbox"/> 修理

- ⑯ 確認書の内容について不明な点がある場合、電話による確認をさせていただく場合があります。確認をさせていただく方とその連絡先を記入してください。

氏 名： _____

続 柄： _____

電話番号： _____

質問は以上となります。

再度、記入漏れ等がないか確認してください。

内容に間違いがなければ、本書を「東温市役所 社会福祉課」までご提出ください。

よろしく願いいたします。

【問い合わせ先】

東温市役所 社会福祉課 障がい福祉係

〒791-0292 東温市見奈良530番地1 (TEL089-964-4406)