

様式第2号

第 号
年 月 日

坂出、宇多津広域行政事務組合
障害支援区分審査会 会長 殿

坂出市福祉事務所長

判定依頼書

下記の障害者等から、標準的な支給量では、十分な障害福祉サービスの支給を受けることができない旨の申出がありましたので、支給決定（案）の適否の判定を求めます。

記

障害者等 氏名	障害支援 区分	サービス名	支給決定（案）
		支給上限時間数	支給決定（案） 時間数
	区分		

(添付書類)

- ・ サービス利用計画書の写し
- ・ 勘案事項整理表の写し
- ・ 審査会資料等の写し