

療育手帳再判定申請書

_____年 月 日

長崎県知事 様

療育手帳の再判定を下記のとおり申請します。

申請者 _____ (続柄 _____)

再判定の理由 (該当するものに を)

- 1 再判定時期の到来 (_____ 年 月)
- 2 障害程度の変化
- 3 その他 (_____)

| | | | | | | | | | | |
|--------|---------------|-----------------|------|---|---|---------------|------|---|---|----------------------------|
| 療育手帳番号 | | | 障害程度 | | | * 太枠の中を記入下さい。 | | | | |
| 本人 | フリガナ | 姓 _____ 名 _____ | | | | 男・女 | 生年月日 | | | |
| | 氏名 | | | | | | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| | 個人番号 | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ | 電話 (_____) _____ - _____ |
| | 施設を利用 中の場合 | 施設名 _____ | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------|------|-----------------|---|---|---|----|---|---|
| 保護者 | フリガナ | 姓 _____ 名 _____ | | | | 続柄 | | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| 台帳管理 | | 市・町 | | | | | | |

| |
|------|
| 通信欄： |
|------|

| | | |
|-------|-----------|---------|
| 支所受付印 | 台帳管理市町受付印 | 判定機関受付印 |
| | | |