

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（ ）				－		
		市 町														
	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	〒				－				電話（ ）				－
		市 町												
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