

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	〒 _____ - _____	電話 (_____) _____
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

療育手帳交付・再判定申請時調査票

—— 太枠線内を記入してください。 年 月 日 (記入者)

フリガナ 本人氏名	男 女 年 月 日生 (歳)	幼・保： 小： 中： 高：	幼稚園・保育所・こども園 学校 年 (通常・特別支援) 学校 年 (通常・特別支援) 学校 卒・中退・ 年在学中
来所等調整の 連絡先	※ 平日午前9時から午後5時までに確実に連絡が取れる連絡先を記載してください。 連絡先 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 () 連絡方法 <input type="checkbox"/> 電話 (自宅・携帯電話・勤務先) (TEL - -) <input type="checkbox"/> 上記以外 ()		
来所の希望	<input type="checkbox"/> 午前希望 <input type="checkbox"/> 午後希望 <input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 離島保健所での判定希望		
来所する際の同行予定者 (氏名 続柄：)			

家 族	続柄	氏 名	生年月日	年齢	同居・別居	学校・職業等	備 考
	父		. .				
	母		. .				
			. .				
			. .				
			. .				

申請理由	
------	--

本 人	18歳までに知的障害があったとみられる事実をくわしく書いてください	※再判定の場合は記入不要です。				
	現在通所中の事業所等	就 労 歴	開始年月	今まで働いた会社、作業所等		
	医療・保健	定期通院先 ()・入院先 ()				
	手 帳	身体障害者手帳：無・有(種 級) 精神障害者保健福祉手帳： 無 ・ 有 (級)				
	手当・年金	特別児童扶養手当： 無・有(級) 特別障害者手当等 (無・有) 障害年金 (無・有)				
	相 談 歴	無 ・ 有 (年 月頃. 相談先：)				

*備考 (市町受付担当者意見・連絡事項・経過等)	担当者氏名 _____
--------------------------	-------------