様式第１号

**療育手帳再判定申請書**

　　　　令和　　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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支所受付印 | 市町受付印 | 判定機関受付印 |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 台帳管理 | 市・町 |

|  |
| --- |
| 通信欄： |