

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 _____ 印 (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			昭和 平成		年	月
	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	市町受付印	判定機関受付印