

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				生 年 月 日
	氏名							男 ・ 女	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	市町受付印	判定機関受付印