

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			生年月日	
	氏名					男・女	昭和 平成		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	市町受付印	判定機関受付印