

療育手帳再判定申請書

熊本県知事 様

申請日 年 月 日

申請者氏名 _____ 印
(自筆又は記名押印)

写真
縦4cm×横3cm
写真は、裏に住所・氏名を記入して封筒に入れ、本書に添付してください。

熊本県療育手帳交付要項に基づき、次のとおり申請します。

療育手帳番号	熊本県第 _____ 号	障害の程度	A1・A2・B1・B2
前回の判定年月日	年 月 日	次回判定年度	_____ 年度
本人	フリガナ	住所	(千 -)
	氏名		
	個人番号		
	生年月日		年 月 日 TEL () -
保護者	フリガナ	住所	(千 -)
	氏名		
	続柄		TEL () -

1. 施設等に入(通)所していますか。

- はい 施設名称: _____ (入所 ・ 通所)
- いいえ

2. 特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。

- はい 特別児童扶養手当 _____ 級 (年 月 日受給開始)
障害基礎年金 _____ 級 (年 月 日受給開始)
- いいえ

3. 身体障害者手帳や精神障害者保健福祉手帳を所持していますか。

- はい 身体: 肢体・視覚・聴力・内部・その他 _____ 種 _____ 級
精神: _____ 級
- いいえ

4. 療育手帳は、どちらの表記を選択されますか。

- 療育手帳
- 知的障害者福祉手帳(療育手帳)

※ 本申請が却下された場合、既交付の手帳は返還してください。再判定の結果を記載した手帳が再交付された場合、新手帳の受け取りと引き換えに既交付の手帳を提出してください。

(町村・福祉事務所受付印)	(相談所受付印)
---------------	----------