

様式4

療育手帳再判定依頼書

児童相談所長 } 様  
 知的障害者更生相談所長 }

療育手帳の再判定を受けたいので、下記により申請いたします。

平成 年 月 日

申請者 印

記

療育手帳番号		交付年月日		昭和 年 月 日 平成 年 月 日		
本人	氏名 <small>ふりがな</small>	(電話 )	生年月日	明治 年 月 日 大正 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日	性別	男・女
	住所					
保護者	氏名 <small>ふりがな</small>	(電話 )	生年月日	明治 年 月 日 大正 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日	続柄	
	住所					

- 1 施設等に入所していますか。 はい、いいえ  
 はいの場合 (施設等の名称) \_\_\_\_\_
- 3 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、いいえ
- 4 身体障害者手帳の交付を受けていますか。 はい、いいえ  
 はいの場合 (交付年月日と交付番号) \_\_\_\_\_

注意事項

- 1 申請者氏名は、再判定を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
- 2 本人及び保護者の氏名にはかならずふりがなを付してください。
- 3 記名押印に代えて署名することができます。
- 4 ※印の欄は記入しないでください。
- 5 療育手帳の再判定の時に、療育手帳及び身体障害者手帳を持参してください。