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 | 昭和平成 | 年　　月　　日 |
| 本　人 | 　 |  | 生年月日 | 明治大正昭和平成 | 年　月　日 | 性　別 | 男・女 |
| 住　所 | （電話　　　　　） |
| 保護者 | 　 |  | 生年月日 | 明治大正昭和平成 | 年　月　日 | 続　柄 |  |
| 住　所 | （電話　　　　　） |
| 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　特別児動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。 |