

療育手帳再判定申請書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

〒

申請者住所

申請者氏名

(※)

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

療育手帳の程度の再判定を受けたいので、写真を添えて次により申請します。

本人	氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日	
	住所	〒 千葉市 区	連絡先 TEL	(携帯電話など平日、日中の連絡先) — —	
保護者	氏名	フリガナ	続柄	本人から見て_____	
	住所	☐ 本人住所と同じ (記入不要) 〒 千葉市 区	連絡先 TEL	(携帯電話など平日、日中の連絡先) — —	
電子メールによる判定日時の通知等を ☐ 希望する ☐ 希望しない ※必要に応じて電話でご連絡することがあります。		連絡先電子メールアドレス ☐ 本人 ☐ 保護者 @			
手帳番号		交付年月日	年 月 日	障害の程度	
前回の判定時期 年 月 前回の判定機関 ☐ 児童相談所 ☐ 障害者相談センター					
参考事項	身体障害者手帳の有無	有 ・ 無 有の場合 都道府県・市区名 交付年月日 障害の程度			
	施設等の入所の有無	有 ・ 無 有の場合 名称			
	受給資格の有無	「特別児童扶養手当」又は「障害基礎年金」受給資格の有無 (支給停止中も含む) 有 ・ 無 (有期 年 月)			
	現在までの診断・判定の有無	有 ・ 無 有の場合 年 月頃 名称			
	申出) _____ 都道府県・市区の _____ において、既に判定が行われていますので、 できるだけそのときの判定資料を活用して判定を行ってください。				
カバーの要不要		不要 ・ 要 <理由: ☐ 未交付 ☐ 破損 ☐ 紛失 ☐ その他 () >			