

療育手帳再交付・再判定申請書

千葉県知事 殿

年 月 日

(申請者)

住所 〒

氏名

本人との続柄

電話番号

写 真

縦4 cm×横3 cm

脱帽・上半身

一年以内に

撮影したもの

貼付しないで提出し

てください

次のとおり申請いたします。

理由	1. 再交付（紛失・破損汚損・記載事項余白不足・その他（ ））										2. 再判定					
知的障害者本人	フリガナ									生年月日		年 月 日				
	氏 名															
	住 所	〒 □申請者と同じ								電話番号						
	個人番号															
保護者	フリガナ									生年月日		年 月 日				
	氏 名															
	住 所	〒 □申請者と同じ								続 柄						
										電話番号						
手帳番号					交付年月日							障害の程度 (総合判定)				

再判定時の記載事項

前回の判定年月日							前回の判定機関								
参考事項	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）														
	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・いいえ														
※ 再判定時の判定の記録															
障害の程度	(総合判定)	合併障害							判定年月日						
									次の判定年月						
			(身体障害			級)		判定機関							

注意事項

1. 申請者氏名は、手帳の再交付又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. ※印の欄は記入しないでください。
3. 個人番号は理由が再判定等の場合は記入してください。