療育手帳再交付・再判定申請書

**自由記載１**

写 真

縦4㎝×横3㎝

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**

都道府県知事・指定都市・中核市市長　殿

　　年　　月　　日

（申請者）

住所　〒

氏名

本人との続柄　　　　　　　電話番号

**固定文言１**

次のとおり申請いたします。

**固定文言２**

**自由記載３**

**自由記載２**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本  人 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | 〒　　　　　　　　　　　　 □申請者に同じ | | | | | | | | | | | | | 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 | | 〒　　　　　　　　　　　　 　□本人に同じ | | | | | | | | | | | | | 続　　柄 | | | |  | | | | |
| 電話番号 | | | |  | | | | |
| 手帳番号 | |  | | | | | 交付年月日 | | | | |  | | | | | | | | 障害の程度(総合判定) | | |  | |
| 希望する  手帳の様式 | | | □ 紙様式　　　□ カード様式　　　（いずれかにチェック(✓)をいれてください） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | **固定文言３**  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

**固定文言４**

1. 申請者氏名は、手帳の再交付又は再判定を受けようとされる本人又は保護者の方の氏名を記入してください。

2. 太枠内を記入し、※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。

**自由記載４**