療育手帳再交付・再判定申請書

写　真
縦4cm×横3cm 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

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

次のとおり申請いたします。

理由	1.再交付（ 紛失・破損汚損・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	〒　□申請者に同じ	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(レ)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	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 （身体障害　　級）	判定年月日	
		次の判定年月	
		判定機関	

注 意 事 項
1. 申請者氏名は、18歳以上の場合は手帳の交付を受けようとする本人、18歳未満の場合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必ずふりがなを付してください。
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。
4. 太枠内を記入し、※印の欄は記入しないでください。