

療育手帳再判定申請書

熊本県知事 様

申請日 年 月 日

申請者氏名 _____

写真
縦4cm×横3cm

写真は、裏に住所・氏名を記入して封筒に入れ、本書に添付してください。

熊本県療育手帳交付要項に基づき、次のとおり申請します。

療育手帳番号	熊本県第 _____ 号	障害の程度	A1・A2・B1・B2
前回の判定年月日	年 月 日	次回判定年度	_____年度
本人	フリガナ	住所	(千 -)
	氏名		
	個人番号		
	生年月日		年 月 日 TEL () -
保護者	フリガナ	住所	(千 -)
	氏名		
	続柄		TEL () -

1. 施設等に入(通)所していますか。

はい 施設名称： _____ (入所 ・ 通所)
いいえ

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 特別児童扶養手当 _____ 級 (年 月 日受給開始)
障害基礎年金 _____ 級 (年 月 日受給開始)
いいえ

3. 身体障害者手帳や精神障害者保健福祉手帳を所持していますか。

はい 身体：肢体・視覚・聴力・内部・その他 _____ 種 _____ 級
精神： _____ 級
いいえ

4. 療育手帳は、どちらの表記を選択されますか。

療育手帳
知的障害者福祉手帳(療育手帳)

5. 熊本市からの転入(過去に転入した場合を含む)で、現在、熊本市の療育手帳を所持していますか。

はい 「はい」の場合、右欄も記入。
いいえ

本申請が却下された場合、既交付の手帳は返還してください。再判定の結果を記載した手帳が再交付された場合、新手帳の受け取りと引き換えに既交付の手帳を提出してください。

療育手帳番号 : 熊本市第 _____ 号
 障害程度 : A1・A2・B1・B2
 前回の判定年月日 : _____ 年 月 日
 次回判定年度 : _____ 年度
 申請理由 :
 熊本市の手帳が再判定年度となったため、判定を受ける必要がある。
 熊本市の手帳が再判定年度を過ぎているため、判定を受ける必要がある。
 熊本市の手帳は再判定年度前だが、判定を受けたい。
 熊本市の手帳を紛失・破損等したため、新しい手帳(県の手帳)がほしい。
 熊本市の手帳を持っているが、県の手帳がほしい。

(町村・福祉事務所受付印)	(相談所受付印)