

療育手帳再判定申請書

宮崎県知事 殿

年 月 日

申請者名（署名）

本人との関係（ ）

療育手帳の再判定を受けたいので、次により申請します。（太枠内を記入）

本人	フリガナ 氏名	姓	名	男 ・ 女	生 年 月 日		歳
	住所	〒 [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ] (市・町・村)		電話 ( )	-		
保護者	フリガナ 氏名	姓	名	続 柄		職 業	
	住所	〒 [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ] (市・町・村)		電話 ( )	-		
手帳番号		中央・延岡・都城 第 号					
交付日		年 月 日		前回判定日		年 月 日	
※市町村記入欄 手帳の記載事項の変更の有無 → <input type="checkbox"/> 有（下記を記入） <input type="checkbox"/> 無							
本人		<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
保護者		<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> その他 ( )					

※申請者名は、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。

市町村受付印	判定機関受付印