様式３

療育手帳再判定申請書

令和 　 年 　 月 　 日

香 川 県 知 事 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

既に交付された療育手帳について、再判定を受けたいので次により申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　　　人 | ふりがな |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 保　護　者 | ふりがな |  | | | | | | | | | 続柄 | | |  | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害の程度 | 障害の程度 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 判定年月日 | | | | 平成・令和　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 次の判定年月 | | | | 平成・令和　　　年　　　　月 | | | | | | | | | | | |

注　１　申請者氏名は、療育手帳を受けようとする本人が18歳未満の場合は保護者氏名を、18歳以上の場合は再判定を受けようとする本人又は保護者氏名を御記入ください。

２　本人の写真（申請前1年以内のものであって、脱帽し（申請者の申出により、県知事が宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く）、上半身を撮影した縦４㎝×横３㎝のもの）を添付してください。

３　療育手帳には、保護者の電話番号が記載されます。ただし、保護者の電話番号が記載されていない場合、本人の電話番号が記載されます。

|  |  |
| --- | --- |
| 障害福祉相談所確認欄 | C）　　　　　U）　　　　　　F）　　　　　　S） |
| 記載事項の変更 | □なし  □あり　　本　人：□氏名　□住所　□電話番号  保護者：□氏名　□住所　□電話番号  　　　　　その他：□保護者の変更　□保護者なしに変更 |
| 援護の実施  市町の変更 | □なし　　　□あり（　　　　　　　　→　　　　　　　　） |