別記第4号様式

療育手帳再判定申請書

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。

熊本県知事 様

申　請　日　　令和　　年　　月　　日

申請者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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		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	ﾌﾘｶﾞﾅ		住所	(〒　　)
	氏　名			
	個人番号			
	生年月日	年　月　日	ＴＥＬ	(　　)　　－
保護者	ﾌﾘｶﾞﾅ		住所	(〒　　)
	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

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。

※　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。

（町村・福祉事務所受付印）	（相談所受付印）