

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	(〒 -)
	氏名					
	個人番号					
	生年月日	年	月	日	TEL	() -
保護者	フリガナ				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

※ 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)
---------------	----------

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。		