

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	A 1 ・ A 2 ・ B 1 ・ B 2
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	T E L	() -
保護者	フリガナ		住 所	(〒 -)
	氏 名			
	続 柄		T E L	() -

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。