様式第9号(第12条関係)(用紙　日本産業規格A4縦型)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交付番号 | 第号 | 交付年月日 | 年　　月　　日 |

再判定申請書

令和　　　年　　月　　日

静岡県知事　　様

申請者

　　次のとおり再判定を受けたいので、静岡県療育手帳交付規則第12条第2項の規定により関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 | 住所 | 〒  (電話番号　　　－　　　－　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | T・S・H・R  　 年　　 月　 　日 | | | | 個人番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保護者 | 住所 | 〒  (電話番号　　　－　　　－　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ふりがな |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | T・S・H・R  　 年　 　月　 　日 | | | | 続柄 |  | | | | | | | | | | | | |
| ※判定の記録 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害の程度 |  | | 合併障害 | 視覚  聴覚  音声・言語  肢体不自由  内部疾患  (身体障害　級) | 判定年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 次期判定年月 | | | | 年　　月 | | | | | | | | | | |
| 判定機関 | | | | 児童相談所  知的障害者更生相談所 | | | | | | | | | | |

備考

**1　※印の欄には、記入しないでください。**

　2　申請者は、再判定を受けようとする本人又はその保護者としてください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 面接日時 | R 　　年　　　月　　　日（　　）　　　　時　　　分　～ | | | |  | 写真   * 当日 |
| 国籍 | 言語 | 日本語での会話  （保護者） | 日本語での会話  （本人） | 通訳の同行 | 車椅子の配慮  　　必要 | 再交付の希望  □ 有 |
|  | □ポルトガル語  （　　　　　　語） | 可・不可 | 可・不可 | 可・不可 | 記載事項変更  □　有 |

