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

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 | 　　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 | 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　～ |
| 面接場所 | 児相・支所・おぼと・その他【　　　　　　　　】 |

