(様式第1号の2)

療育手帳再交付・再判定申請書

写真添付
(セロテープを輪にして貼付)
縦4㎝×横3㎝
上半身・正面
一年以内に撮影したもの
裏に氏名を記入

島根県知事 様

令和　　年　　月　　日

(申請者)
住所 〒

氏名
本人との続柄　　電話番号

次のとおり申請いたします。

申請事由		1 再判定　2 障がい程度の変更　3 再交付(紛失・破損・その他　　)			
知的障がい者本人	フリガナ			生年月日	年　月　日
	氏名				
	住所	〒　□申請者に同じ		電話番号	
	個人番号				
	□	個人番号制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報(所在の都道府県名または市町村名)を秘匿することが可能ですので、希望される方は左のチェックボックスにチェックを入れてください。 ※記入いただいた情報は、個人番号制度において上記情報を秘匿する措置をとるためのみに使用します。			
保護者	フリガナ			生年月日	年　月　日
	氏名				
	住所	〒　□申請者に同じ		続柄	
				電話番号	
手帳番号			交付年月日		障がいの程度(総合判定)
電話番号の手帳への記載	本人の番号　希望する・希望しない		保護者の番号　希望する・希望しない		

再判定時の記載事項

前回の判定年月日		前回の判定機関	
参考事項	1　施設等に入所していますか。　はい ・ いいえ はいの場合(施設等の名称)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿		
※　再判定時の判定の記録(記入しないでください)			
障がいの程度	(総合判定)	合併障がい	(身体障がい　級)
			判定年月日
			次の判定年月
			判定機関
			備考

(注)すでに交付された手帳をお持ちの方(新規、紛失以外)は手帳を添付してください。

市町村名　益田市　※

市町村受付日　令和　年　月　日　※　※市町村記入欄

・・・・・・・・・・・ここから下の欄には記入しないでください。　　・・・・・・・

（以下市町村記入欄）

【住民票上の住所】

申請書受付後、住民基本台帳ネットワークでの照会を、基本４情報（氏名、生年月日、性別、住所）もしくは、性別を除く３情報以上により行います。

申請書記載の住所が住民票上の住所と異なる場合は、以下に住民票上の住所を記入してください。

住民票上の住所	〒
申請書記載の住所が住民票上の住所と同じ場合は右のボックスにチェック	□