

管轄区	(中 東 西 南 北) 区
-----	-----------------

療育手帳再交付・再判定申請書

熊本市長 様

申請日 令和 年 月 日

申請者氏名 _____

写真
縦4cm×横3cm
写真は、裏に氏名・生年月日を記入して封筒に入れ、本書に添付してください。

次のとおり申請します。(該当する項目に☑をし、必要事項を記入してください。)
なお、個人番号は、再判定及び紛失による再交付申請の場合に記入してください。)

1、再交付	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 表記変更 <input type="checkbox"/> 記載事項余白不足 <input type="checkbox"/> 熊本県手帳⇒熊本市手帳 (県手帳番号 第_____号)										
→ <u>手帳の表記を選んでください。</u> <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 知的障害者福祉手帳(療育手帳)											
2、再判定	障がいの程度 (A1・A2・B1・B2) 前回の判定年月日 (年 月 日)										
療育手帳番号	熊本市 第_____号			次回判定年	_____年度	(再)交付年月日	年 月 日				
本人	フリガナ				住所	(〒 -)					
	氏名										
個人番号	個人番号										
	生年月日	年 月 日			TEL	() -					
保護者	フリガナ				住所	(〒 -)					
	氏名										
生年月日	年 月 日			続柄		TEL	() -				

- (再判定の方のみ) 半年以内に知能検査を受けましたか。今後受ける予定がありますか。
 はい 検査名： 田中ビネー WISC 新版K式 実施日： 年 月 日 いいえ
その他 ()
- (再判定の方のみ) 現在施設等に入(通)所していますか。
 はい 施設名称： _____ (入所 ・ 通所) いいえ
- (再判定の方のみ) 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：障がい部位 () _____種_____級 精神：_____級 いいえ
- (再判定の方のみ) 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・障害基礎年金_____級 (年 月 日受給開始) いいえ
- (再判定の方のみ) 手帳の受取窓口はどちらを希望されますか。

受取窓口	区役所					総合出張所					
	中央	東	西	南	北	託麻	河内	天明	幸田	城南	清水

※ 総合出張所を希望される場合、一時的に手帳預かり期間が生じます。

総合出張所・管轄外区役所 受 付 印	管 轄 区 役 所 受 付 印	障がいの者福祉相談所 受 付 印

備考

(再判定申請の場合のみ) 正当な理由なく申請から半年以内に判定に入れられない場合 (連絡が取れない、面接の来所がない等) は、申請を取り下げたものとみなしますのでご注意ください。