

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"/> 再判定 <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	(_____)	_____				

1. (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、療育手帳の判定以外で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 (_____)

2. (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

3. (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

4. (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

5. (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	龍田
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. (再判定の方のみ) 正当な理由なく申請から半年以内に判定に入れない場合(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。 はい

備考

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