

療育手帳再判定申請書

平成 年 月 日

佐賀県総合福祉センター所長 様
 (佐賀県中央児童相談所長 様)
 (佐賀県知的障害者更生相談所長 様)

申請者 佐賀 太郎 ㊟

療育手帳の再判定による交付を受けたいので、次により申請いたします。

本人	ふりがな	さが いちろう	生年月日		性別
	氏名	佐賀 一郎	明・大・昭・ <input checked="" type="checkbox"/> 平	8年 8月 1日	<input checked="" type="checkbox"/> 男・女
住所	〒840-8501 佐賀市栄町1番1号 【電話(0952)40-7251】			職業	
				無職	
保護者	ふりがな	さが たろう	生年月日		続柄
	氏名	佐賀 太郎	明・大・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭・平	50年 3月 1日	父
住所	〒840-8501 佐賀市栄町1番1号 【電話(0952)40-7251】			職業	
				会社員	
手帳交付番号	第 0000号	交付年月日	昭・ <input checked="" type="checkbox"/> 平 20年 4月 1日		
現在の判定の記録					
障害の程度	(総合判定)	合併障害	(身体障害 級)	判定年月日	平成25年4月1日
	A			次の判定年月日	平成27年4月
				判定機関	佐賀県中央児童相談所
※今回の判定の記録(判定機関記入欄)					
障害の程度	(総合判定)	合併障害	(身体障害 級)	判定年月日	
				次の判定年月日	
				判定機関	

注意事項

1. 太枠内を記入し、※印の欄は記入しないでください。
 2. 記名押印に代えて署名することができます。
- お預かりした個人に関する情報は、目的のためのみに用い、法令等に定めがある場合を除き、本人又は保護者の同意なしに第三者へ提供することはいたしません。