

療育手帳再交付申請書
再判定

年 月 日

北九州市長様

申請者 住 所

氏 名

療育手帳の再判定を受けたいので、次により申請します。

交付 対象 者	フリガナ 氏 名											
	生年月日								性 別			
	住 所											
	個人番号											
	電 話	(自宅 ・ 呼出 ・ 勤務先)										
保 護 者	フリガナ 氏 名								本人との 続 柄			
	住 所											
	電 話	(自宅 ・ 呼出 ・ 勤務先)										

診断・判定の経験	有 ・ 無
有の場合	(児童相談所 ・ 障害福祉センター 年 月)
身体障害者手帳の有無	(級)
施設入所の有無	()
手当の有無	障害児福祉手当 特別障害者手当 経過的福祉手当 特別児童扶養手当 障害基礎年金 障害者介護見舞金
再交付の理由	

・申請者氏名は、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の氏名を記入して下さい。

(受領日 . .)

記 事	
--------	--

受領確認欄