

療育手帳再判定申請書

宮崎県知事 殿

年 月 日

申請者名（署名）

本人との関係（ ）

療育手帳の再判定を受けたいので、次により申請します。（太枠内を記入）

本人	フリガナ	姓		名	男・女	生 年 月 日			
	氏名	姓		名		年	月	日	歳
保護者	住所	〒 [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ]		電話 ( ) -		(市・町・村)			
	住所	〒 [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ]		電話 ( ) -		(市・町・村)			
本人	フリガナ	姓		名	続 柄		職 業		
保護者	住所	〒 [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ]		電話 ( ) -		(市・町・村)			
手帳番号	中央・延岡・都城 第 号								
交付日	年	月	日	前回判定日	年	月	日		
※市町村記入欄 手帳の記載事項の変更の有無 → <input type="checkbox"/> 有（下記を記入） <input type="checkbox"/> 無									
本人	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> その他 ( )								
保護者	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> その他 ( )								

※申請者名は、再判定を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。

市町村受付印	判定機関受付印

マイナンバーチェック欄

確認者 ( )

届出者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 使者 <input type="checkbox"/> 代行		
氏名		住所	
続柄		電話番号	
本人確認	番号確認	代理人本人確認	代理権確認
<ul style="list-style-type: none"> <li>・個人番号カード</li> <li>・免許証</li> <li>・健康保険証</li> <li>・手帳(身・知・精)</li> <li>・その他</li> </ul> ( )	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個人番号カード</li> <li>・通知カード</li> <li>・住基(職権)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個人番号カード</li> <li>・免許証</li> <li>・健康</li> <li>・手帳(身・知・精)</li> <li>・その他</li> </ul> ( )	<ul style="list-style-type: none"> <li>・委任状</li> <li>・健康保険証</li> <li>・手帳(身・知・精)</li> <li>・住基</li> <li>・その他</li> </ul> ( )