別記第４号様式

**療育手帳再判定申請書**

写真

縦４cm×横３ｃｍ

写真は、裏に住所・氏名を記入して封筒に入れ、本書に添付してください。

　熊本県知事　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申　請　日　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

**熊本県療育手帳交付要項に基づき、次のとおり申請します。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 療育手帳番号 | | | | 熊本県第　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | 障害の程度 | | Ａ１ ・ Ａ２ ・ Ｂ１ ・ Ｂ２ |
| 前回の判定年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | 次回判定年度 | | 年度 |
| 本  人 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | 住　所 | （〒　　－ 　 ） | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | ＴＥＬ | （　　　　　）　　　　　－ | |
| 保  護  者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | 住 所 | （〒　　－　　　　） | |
| 氏　名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 続　柄 |  | | | | | | | | | | | | | ＴＥＬ | （　　　　　）　　　　　－ | |

**１．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

**２．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　　　　級（　　　　年　　月　　日受給開始）

　　　　　　　　　　　障害基礎年金　　　　　　級（　　　　年　　月　　日受給開始）

　　　□　いいえ

**３．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：肢体・視覚・聴力・内部・その他　　　　　種　　　級

精神：　　　級

　　　□　いいえ

**４．療育手帳は、どちらの表記を選択されますか。**

　　　□　療育手帳

　　　□　知的障害者福祉手帳（療育手帳）

**５．熊本市からの転入（過去に転入した場合を含む）で、現在、熊本市の療育手帳を所持していますか。**

|  |
| --- |
| 療育手帳番号　　： 熊本市第　　　　 　号  障害程度　　　　：　A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2  前回の判定年月日： 　　 　年　　月　　日  次回判定年度　　： 　　　　 　年度  申請理由：  □ 熊本市の手帳が再判定年度となったため、判定を受ける必要がある。  □ 熊本市の手帳が再判定年度を過ぎているため、判定を受ける必要がある。  □ 熊本市の手帳は再判定年度前だが、判定を受けたい。  □ 熊本市の手帳を紛失・破損等したため、新しい手帳（県の手帳）がほしい。  □ 熊本市の手帳を持っているが、県の手帳がほしい。 |

　　　□　はい　　 → 「はい」の場合、右欄も記入。→

　　　□　いいえ

※　本申請が却下された場合、既交付の手帳は返還してください。再判定の結果を記載した手帳が再交付された場合、新手帳の受け取りと引き換えに既交付の手帳を提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| （町村・福祉事務所受付印） | （相談所受付印） |