

様式第9号(第12条関係)(用紙 日本産業規格A4縦型)

交 付 番 号	第 号	交 付 年 月 日	年 月 日
---------	-----	-----------	-------

再 判 定 申 請 書

年 月 日

静岡県知事 様

申請者

次のとおり再判定を受けたいので、静岡県療育手帳交付規則第12条第2項の規定により関係書類を添えて申請します。

本人	住 所	〒 (電話番号 - -)											
	ふりがな												
	氏 名												
	生年月日	年 月 日	個人番号										
保護者	住 所	〒 (電話番号 - -)											
	ふりがな												
	氏 名												
	生年月日	年 月 日	続 柄										
※ 判 定 の 記 録													
障害の程度		合併障害	視覚・聴覚・音声・言語・肢体不自由・内部疾患(身体障害 級)	判 定 年 月 日	年 月 日								
				次期判定年月	年 月								
				判 定 機 関	児 童 相 談 所 知的障害者更生相談所								

備考

- 1 ※印の欄には、記入しないでください。
- 2 申請者は、再判定を受けようとする本人又はその保護者としてください。