

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 聴 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

- ※印の欄には、記入しないでください。
- 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。