

最初の手帳発行日を記入してください。

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	R○年 ○月 ○日
---------	-----------	-----------	-----------

再 判 定 申 請 書

令和○年 ○月 ○日

現在お持ちの手帳番号を
記入してください。

様

申請者 ○○ ○○

手帳所持者本人(障がいのある方)又は
その保護者が申請してください。

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。

マイナンバーカードや住民票に記載されて
いる、12桁の個人番号を記入してください。

本 人	住 所	〒410-○○○○ 沼津市○○		(電話番号 ○○○-○○○-○○○○)														
	ふりがな	○○ ○○																
	氏 名	○○ ○○																
	生年月日	令和○年 ○月 ○日	個人番号	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
保 護 者	住 所	〒410-○○○○ 沼津市○○		(電話番号 ○○○-○○○-○○○○)														
	ふりがな	○○ ○○																
	氏 名	○○ ○○																
	生年月日	昭和○年 ○月 ○日	続 柄	父														
※ 判 定 の 記 録																		
障 害 の 程 度	記入不要																	日
																		所 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。

手帳に記載されている保護者の情報を記入してください。