

療育手帳再判定申請書

宮崎県知事 殿

申請日 令和 年 月 日
申請者名 _____
本人との関係 ☐ 本人
☐ 保護者()

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請します。（太枠内を記入）

本人	フリガナ			生年月日	
	氏名			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
	郵便番号	〒	—	電話	— —
	住所				
	個人番号				
保護者	フリガナ			続柄	
	氏名				
	郵便番号	〒	—	電話	— —
	住所				
手帳番号		☐ 中央 ☐ 都城 ☐ 延岡 ☐ 宮崎県 第 号			
交付日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	前回判定日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日
※市町村記入欄 記載事項変更 ☐ 有（下記を記入） ☐ 無			旧管轄市町村		
本人	☐ 氏名 ☐ 住所 ☐ 電話番号				
保護者	☐ 氏名 ☐ 住所 ☐ 電話番号 ☐ 続柄 ☐ 保護者削除				

※申請者名は、手帳の交付を受けようとされる本人又は保護者の方の氏名を記入してください。

※管轄市町村→旧管轄市町村（住所変更有の場合）→センター進達

管轄市町村名	管轄市町村受付印	旧管轄市町村受付印	判定機関受付印