

様式第9号(第12条関係)(用紙 日本工業規格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 印

(氏名を自署する場合は、押印は不要です。)

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	性別	男・女	
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	(総合判定)	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
				次期判定年月日	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。