

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 氏 名 様

申請者 氏 名 ㊦

(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	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
			次期判定年月日	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。