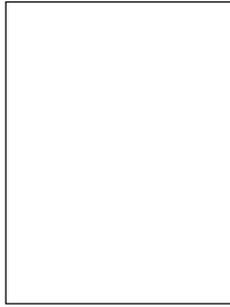


# 療育手帳再判定申請書

佐賀県総合福祉センター所長 様  
 (佐賀県中央児童相談所・北部児童相談所)  
 (佐賀県知的障害者更生相談所)



再判定予約日	時間
月 日 ( )	AM・PM :

年 月 日

申請者

印

(続柄 )

療育手帳の再判定による交付を受けたいので、次により申請いたします。

本人	ふりがな		生年月日	年齢
	氏名		昭和・平成・令和 年 月 日	歳
	住所	〒 電話番号:		
保護者	ふりがな		生年月日	続柄
	氏名		昭和・平成 年 月 日	
	住所	〒 電話番号:		
希望する手帳をひとつ選択		紙型 ( )	カード型 ( )	
手帳交付番号	佐賀県 第 号	初回交付年月日	年 月 日	
現在の判定の記録				
障害の程度 (総合判定)	身体障害 有 / 無	判定年月日		
	身障手帳 級 視覚・聴覚・肢体不自由 内部障害 ( )	次の判定年月日		
		判定機関		

## ※判定の記録

検査名: K W T S

IQ/DQ:

等級:

ケースNo:

障害の程度 (総合判定)	身体障害 有 / 無	判定年月日	
	身障手帳 級 視覚・聴覚・肢体不自由 内部障害 ( )	次の判定年月日	
		判定機関	

※備考

市町 受付印	判定機関 受付印

○療育手帳交付申請書の記入について  
裏面をごらんください。

りょういくてちょうしんせいしよ きにゆう ちゅう い じ こう  
【療育手帳申請書の記入について 注意事項】

しんせいしよ ふとわくない きにゆう

申請書の太枠内を記入してください。 「※判定の記録」は、判定機関が記入します。

しめい じゅうしよ うけつけ じゅうみんきほんだいちょう かくにん

氏名、住所については、受付のときに、住民基本台帳を確認します。

- しんせいしやしめい てちょう こうぶ うほんにんまた ほごしゃ かた しめい きにゆう
1. 申請者氏名は、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
- しめい じゅうしよ じゅうみんきほんだいちょう とうろく ないよう きにゆう しめい かなら つ
2. 氏名、住所は、住民基本台帳に登録されている内容を記入し、氏名には必ずふりがなを付けてください。
- しゃしん
3. 写真
- ・サイズ： タテ 4 cm × ヨコ 3 cm
  - ・撮 影： 無帽、正 面、上 半 身（胸から上）、カラーコンタクトや写真加工をしていない。  
むぼう しょうめん じょうはんしん むね うえ しゃしんかこう
  - 本人のみ、背景に人や物が写っていない。  
ほんにん はいけい ひと もの うつ
  - 写真専用紙に印刷したもの。  
しゃしんせんようし いんさつ
  - 写真のサイズや印刷状態などにより手帳用として対応できない場合は、写真を再提出していただきます。  
しゃしん いんさつじょうたい てちょうよう たいおう ばあい しゃしん さいていしゆつ
  - カード型手帳は、写真をデータ処理するために白黒に仕上がります。  
がたてちょう しゃしん じより しろくろ し あ

こじんじょうほう ほご  
【個人情報 の保護】

あず こじん かん じょうほう りょういくてちょうこうふじむ りょう ほうれいなど さだ  
お預かりした個人に関する情報は、療育手帳交付事務のためのみに利用し、法令等に定めが

ばあい のぞ ほんにんまた ほごしゃ どうい だいさんしゃ ていきょう  
ある場合を除き、本人又は保護者の同意なしに第三者へ提供することはありません。