

第3号様式（第6条関係）

療育手帳再判定申請書

令和 年 月 日

山梨県知事 殿

申請者 住所

氏名 印
(本人との関係:)

障害程度の再判定を受けたいので、山梨県療育手帳交付規則第6条第2項の規定により申請します。

療育手帳番号			山梨県第 ー 号			
本人	フリガナ 氏名		居住地 (施設入所者は入所前の居住地) (電話番号 ー ー)			
	生年月日	年 月 日	性別	男・女	職業	
	現在利用中の施設等の名称 (援護の市町村)	()	施設等の連絡先	(電話番号 ー ー)		
	合併障害	身体障害者手帳	No.	種 級		
精神保健福祉手帳		No.	級			
保護者	フリガナ 氏名		住所	(電話番号 ー ー)		
	生年月日	年 月 日	続柄		職業	
備考						