第３号様式（第６条関係）

療育手帳再判定申請書

年　　月　　日

　山梨県知事　　　　　　　　殿

申請者　　住所

氏名

（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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 手帳番号 | | 山梨県第　　　 　　　　　―　　　　　　　　号 | | |
| 本人 | フリガナ  氏名 |  | 居住地  （施設等入所者は入所前の居住地） | （電話番号　　　―　　　―　　　） |
| 性別 | 男　・　女 | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 身体障害者  手帳 | 有 （ 手帳番号　　　　　　　　　 （　　　　級 ） ）　・　無 | | |
| 施設等入所 | 名　　　称  有 　 電話番号　　　 　―　　　 　―　 　　　　 　・　無  援護市町村 | | |
| 保護者 | フリガナ  氏名 |  | 住所 | （電話番号　　　―　　　―　　　） |
| 本人との  関係 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 備考 |  | | | |