

判定申込書

年 月 日

福岡県障がい者更生相談所長 殿
児童相談所長

療育手帳の交付（再判定）を受けたいので、判定を申し込みます。
なお、再判定の場合は、再判定結果を記載した手帳の交付も併せて申請します。

【手帳交付対象者】

本人住所 〒 -

TEL - -

ふりがな
本人氏名
(記名押印又は署名)

【申請者が本人でない場合】

申請者住所 〒 -

TEL - -

ふりがな
申請者氏名 (続柄：)
(記名押印又は署名)

※ ここから下は、他の相談所（都道府県又は政令市の設置する判定機関）において既に判定を受けておられる場合のみ、記入して下さい

過去において、療育手帳の判定を行っている判定機関の判定資料をできるだけ活用して、判定を行ってください。

前回の判定機関

(都・道・府・県) の (())
市 (障がい者更生相談所)
(児童相談所)

(他都道府県・政令市より転入の場合)

本人前住所
