

様式第3号の2(第10条関係)

### 再判定申出書

宮城県知事 殿

平成 年 月 日

申出者氏名 印  
連絡先：電話 ( )

療育手帳交付規則第10条第1項に規定する障害程度の確認(再判定)の確認を受けたいので、同条第2項の規定により、下記のとおり申し出ます。

\*下記の項目についての記入は、太字の枠内を記入ください。

フリガナ		調査希望日	平成 年 月 日
本人氏名	( 男・女 )	保護者氏名	
生年月日	年 月 日 ( 歳 )	保護者住所	
* 該当する場合、記入すること。 施設入所中(施設名 ) 病院入院中(病院名 )		特別児童扶養手当の受給の有無 有 ・ 無 ( 次回診断年月 年 月 )	
* 経由機 関記載欄	初回	療育手帳番号 第 号	総合判定 A ・ B
		交付日 年 月 日	
	前回	管轄市町村名	判定年月日 年 月 日
		総合判定 A ・ B	次の判定年月 年 月
	今回	管轄市町村名	調査者職氏名
		面接者氏名(本人との関係)	
備考			