様式第３号の２（第10条関係）

（表）

再　判　定　申　出　書

　 宮城県知事　　　　　　　　　殿

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申出者氏名　　　　　　　　　　　　　（印）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（記名押印又は署名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連　絡　先　　　　（　　　　）

 　 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）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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 調査希望日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 本人氏名 |   | フリガナ |  |
| 保護者氏名 |  |
| 本人住所 |  | 本人との関係 |  |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日　 　（　　　　　歳）　 | 保護者住所 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ※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 令和　　　年　　　月　　　日 |
|  総合判定 　 Ａ　　・　　Ｂ |  次の判定年月 令和　　　年　　　月 |
| 今回 |  管轄市町村名　　　　　　　登米市 |  調査者職氏名 |
|  面接者氏名（本人との関係） |  |
| 備　　　　考 |  |

　※必ず裏面の「個人番号確認シート」を市町村担当者が記入の上、進達してください。

（裏）

【市町村記載】　個人番号確認シート

※不備がある場合、県受付不可。

１　申請方法及び申請者について、下の該当するものの□に✓を入れること。

（１）　申請方法　　□ 対面　□ 郵送　□ オンライン　□ 電話

（２）　申 請 者　　□ 本人　□ 代理人

２　個人番号の収集に用いた書類等について、下の該当するものの□に✓を入れること。

|  |
| --- |
| □ 個人番号カード |
| □ 旧通知カード※現「個人番号通知書」は、個人番号を証する書類とはならないことに留意する。 |
| □ 個人番号が記載された住民票の写しまたは住民票記載事項証明書 |
| □ 住民基本台帳システム　※原則使用しないこと※住民基本台帳システムを用いる場合は、下の全てに留意し、全ての□に✓を入れること。□ 他の方法による番号確認が困難であると認められた、又は記載事項の不備として個人番号の記載を申請者に求めたが記載されなかった。□ 氏名・生年月日・住所の３情報以上を用いて照会し、個人番号を収集した。 |
| □ その他　※デジタル庁作成「本人確認の措置」を参照すること。（　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　） |

３　身元確認で用いた書類等について、下の該当するものの□に✓を入れること。

|  |
| --- |
| □ 個人番号カード |
| □ 写真付き身分証明書（障害者手帳を含む） … １点 |
| □ 写真無し身分証明書または公的書類 ………… ２点１点目（　　　　　　　　　　　　　）　２点目（　　　　　　　　　　　　　） |
| □ その他 ※デジタル庁作成「本人確認の措置」を参照すること。（　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　） |

４　個人番号の収集が不可能である場合は、その理由を記載すること。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

市町村担当者　押印（サイン）欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受付担当者 | 進達担当者 |
|  |  |