様式第３号の２（第10条関係）

再　判　定　申　出　書

　 宮城県知事　　　　　　　　　殿

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申出者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | （男・女） | | | | | | | | | | | | | 保護者氏名 | |  | |
| 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。 特別児童扶養手当  　 　　　　有　　・　　無  施設入所中（施設名　　　　　　　　　） の受給の有無    　 病院入院中（病院名　　　　　　　　　） 　（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  　　　　　　　　　登米市 | | | | | | | | | | | 調査者職氏名 | | |
| 面接者氏名（本人との関係） | | | | | | | | | | |  | | |
| 備　　考 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|