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 |  |
|