

療育手帳再判定判定願書

年 月 日

北九州市長様

申請者 住 所

氏 名

療育手帳の再判定を受けたいので、障害状況の判定をお願いします。

福祉事務所

交 付 対 象 者	フリガナ 氏 名			
	生年月日		性 別	
	住 所			
	電 話	(自 宅 ・ 呼 出 ・ 勤 務 先)		
身体障害者手帳の有無 (級)				
施設入所の有無 ()				

総 合 判 定	A 1 ・ A 2 ・ A 3 ・ B 1 ・ B 2 ・ 非該当			
次 回 判 定				
判 定 予 約 日				
現状の障害程度		判定年月日		
身障手帳番号		種別 (種)	等級 (級)	
備 考				
上記のとおり判定しました。				
年 月 日				
(判定機関)				
印				