第３号様式（第８条関係）

経由機関名		進　達	年　　月　　日 第　　号

療育手帳障害程度確認申請書

年　　月　　日

山口県　　児童相談所長
山口県知的障害者更生相談所長　様

申請者　　印

（続柄　　）
（電話番号　　）

療育手帳の障害程度確認について、下記のとおり申請します。

ふ り が な		生年月日	大正・昭和・平成 年　　月　　日
本 人 氏 名			
住　　所			

1　身体障害者手帳を持っていますか。
　は　い　→　総合等級　　（　　）級

　　内　容　（肢体不自由　聴覚・平衡機能障害　内部障害　視覚障害　音声・言語・そしゃく機能障害）
　いいえ

2　保護者の気づき (施設長を含む)	前回の判定時より、 1　よくなった。　2　変わらない。　3　悪くなった。

＜申請される方への注意事項＞
1　申請者氏名は、手帳の交付を受けた本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
2　記名押印に代えて署名することができます。
3　太枠内のみボールペンで記入してください。
4　**療育手帳を一緒に添付してください。**

市　町　確　認　事　項（市町記入欄）		
療　育　手　帳　番　号	山口県　第　　号	
療　育　手　帳　添　付	有　・　無	
判　定（　予　定　）の　有　無 □（　　）児童相談所 □ 知的障害者更生相談所	有→ 無	□ 判　定　済（　年　月　日） □ 面接判定予定（　年　月　日） □ 書類審査予定 □ 延長申請
年金等受給の有無	有→ 無	特別児童扶養手当（　1級　・　2級　） 障害基礎年金（　1級　・　2級　）
記載内容変更の有無 氏　名（本人・保護者） 住　所（本人・保護者） その他（本人・保護者）	有→ 無	記載内容変更届の提出　→　有　・　無
記載欄の余白の有無	有 無→	再交付申請書の提出　→　有　・　無
障害程度変更の有無	有→ 無	再交付申請書の提出　→　有　・　無