

# 再 判 定 申 請 書

茨城県知事 殿

申請年月日 令和 年 月 日

申 請 者

1	1															
再 判 定 対 象 者	手帳番号	0	8	第	号	生年月日	3	昭和	4	平成	5	令和	年	月	日	
	フリガナ															
	氏名	(氏)					(名)									
	住所	茨城県 市 郡														
	個人番号															
	マイナンバー制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方は所在につながる情報を秘匿できます。マイナンバーカードをDV・虐待等の加害者が所有している場合、加害者が法定代理人である場合、マイナポータルで加害者を代理人設定している場合は、右のボックスにチェックを入れてください。チェックの有無の情報は上記の所在につながる情報を秘匿するためにのみ使用します。												<input type="checkbox"/>			
参考事項	<p>1 療育手帳の他に障害者手帳を所持していますか。1はい、 0いいえ                  はいの場合 (身体障害者手帳 級、精神障害者保健福祉手帳 級)</p> <p>2 施設に (但し、通所施設は除く) 入所していますか。1はい、0いいえ                  はいの場合 (施設の名称) _____</p> <p>3 特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。                  1はい、 0いいえ</p>															

※ 1 判 定 の 記 録 (判定機関記入欄)				
障 害 の 程 度	(総合判定)	特 記 事 項	判定年月日	5 令和 年 月 日
	1 ㊤		次の判定年月	5 令和 年 月
	2A 3B 4C 0非該当		判定機関	<input type="checkbox"/>
判定機関コード	0 1 福祉相談センター、 1 1 中央児童相談所、 1 2 日立児童相談所、 1 3 鉾田児童相談所、 2 1 土浦児童相談所、 3 1 筑西児童相談所			
備考				

※2 県記入欄	施設コード			
---------	-------	--	--	--

注意事項 ※印の欄は記入しないで下さい。