

|       |  |     |              |
|-------|--|-----|--------------|
| 経由機関名 |  | 進 達 | 年 月 日<br>第 号 |
|-------|--|-----|--------------|

## 療育手帳障害程度確認申請書

年 月 日

山口県知事 様

申請者

(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 |      | 大正・昭和・平成・令和 |
| 本人氏名 | 生年月日 | 年 月 日       |

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

いいえ 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 ]

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。

### 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<br>□ ( ) 児童相談所<br>□ 知的障害者更生相談所                | 有 →<br>無 | [<br>□ 判定済 ( 年 月 日 )<br>□ 面接判定予定 ( 年 月 日 )<br>□ 書類審査予定<br>□ 延長申請 ] |
| 年金等受給の有無  | 有 →<br>無 | [ 特別児童扶養手当 ( 1級 ・ 2級 )<br>障害基礎年金 ( 1級 ・ 2級 ) ]                     |
| 記載内容変更の有無<br>氏名 (本人・保護者)<br>住所 (本人・保護者)<br>その他 (本人・保護者) | 有 →<br>無 | 記載内容変更届の提出 → 有 ・ 無   |
| 記載欄の余白の有無   | 有 →<br>無 | 再交付申請書の提出 → 有 ・ 無  |
| 障害程度変更の有無   | 有 →<br>無 | 再交付申請書の提出 → 有 ・ 無  |

### 判 定 の 記 録 (相談所記入欄)

|                  |        |                                  |              |       |
|------------------|--------|----------------------------------|--------------|-------|
| 障<br>害<br>程<br>度 | (総合判定) | 合<br>併<br>障<br>害<br><br>(身体障害 級) | 判定年月日        | 年 月 日 |
|                  | 次回判定年月 |                                  | 年 月<br>無期限有効 |       |
|                  | 判定機関   |                                  |              |       |