

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							
山口県知事 様						年 月 日	
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				生年月日		大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
本人氏名							
本人個人番号							
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 ☐ () 児童相談所 ☐ 知的障害者更生相談所		有	→	☐ 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			
判 定 の 記 録 (相談所記入欄)							
障 害 程 度	(総合判定)	合 併 障 害	(身体障害 級)	判 定 年 月 日		年 月 日	
				次回判定年月		年 月 再判定不要	
				判 定 機 関			