

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	
本人氏名						年 月 日	
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 内 容 { 肢体不自由 聴覚・平衡機能障害 内部障害 いいえ 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 → 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			
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 無期限有効	
				判定機関			