第　　　 号

年 月 日

窓空宛名

療育手帳の再判定について

都道府県知事・指定都市・中核市市長　印

このことにつきまして、下記のとおり療育手帳の再判定の時期が近づいております。

**固定文言１**

つきましては、必要書類を確認のうえ、再判定申請の手続きを行ってください。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  | | 生年月日 |  |
| 住　　　所 |  | | | |
| 保　護　者 | 氏　名 |  | 本人との続柄 |  |
| 住　所 |  | | |
| 次の判定年月 |  | | 手帳番号 |  |
| **固定文言２**  申請に必要なもの | **固定文言３**   1. 療育手帳再交付・再判定申請書 2. 写真１枚（縦４cm×横３cm　胸から上・脱帽　最近１年以内のもの） | | | |
| **固定文言４**  備　　　考 | **固定文言５＋編集１** | | | |

**自由記載１**

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |