

療育手帳にかかる「次の判定年月」延長申請書

令和 年 月 日

兵庫県こども家庭センター所長 様
兵庫県立知的障害者更生相談所長 様

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

下記のとおり、療育手帳の「次の判定年月」の延長を申請します。

本人	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	〒 -
	電話番号	() -
保護者 【任意】	氏 名	(続柄:)
	住 所	本人と異なる場合に記入してください。 〒 -
	電話番号	() -
療育 手帳	番号・交付日	兵庫県 第 号 年 月 日交付
	次の判定年月	年 月

この申請書は、最後に判定した兵庫県の判定機関に郵送又は直接ご提出ください。