

**記入のしかた** ※下部の点線○枠内の記入をお願いします。

**※封筒に、必ず「送り先確認票」「療育手帳のコピー」を同封してください。**

様式第6号

## 判定書再交付申請書

令和 年 月 日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構

奈良支部 奈良障害者職業センター所長 殿

申請者の氏名

氏名 ご本人 又は ご家族 の氏名

(本人との続柄 「本人」又は「母」など )

下記の者は、「障害者の雇用の促進等に関する法律」(昭和35年法律第123号)

第2条第4号の知的障害者の判定

第2条第5号の重度知的障害者の判定

を受け、先に判定書の交付を受けましたが、

紛失

き損

のため、

判定書の再交付を申請します。 **○で囲む**

**どちらかに○**

記

1 氏 名 (交付を受けたご本人の氏名)

2 生年月日 年 月 日 ( 歳)

様式第6号

## 判定書再交付申請書

令和 年 月 日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構

奈良支部 奈良障害者職業センター所長 殿

氏名 \_\_\_\_\_

(本人との続柄 \_\_\_\_\_)

下記の者は、「障害者の雇用の促進等に関する法律」（昭和35年法律第123号）

第2条第4号の知的障害者の判定 紛失  
を受け、先に判定書の交付を受けましたが、 のため、  
第2条第5号の重度知的障害者の判定 き損

判定書の再交付を申請します。

### 記

1 氏 名

2 生年月日 年 月 日 ( 歳)