

療育手帳交付・再交付申請書

福祉事務所長 町村長 經由
児童相談所長 知的障害者更生相談所長 様

令和			年			月			日
申請者氏名								□本人 □保護者	

療育手帳の交付・再交付を受けたいので、次により申請します。(□ 交付 □ 再交付)

本人	ふりがな					生年月日	□ 大正 □ 昭和 □ 平成 □ 令和						
	氏 名						年 月 日						
	住所	〒			—								
	電話番号	() —											
	個人番号												
保護者	ふりがな					生年月日	□ 大正 □ 昭和 □ 平成 □ 令和						
	氏 名						年 月 日						
	住所	〒			—								
	電話番号	() —											
	続柄												
再交付	理 由	□ 紛失 □ 破損 □ 余白欄なし □ その他 ()											
	既存の手帳番号			第 号		記載事項変更	□あり □なし						
参考事項	1 身体障害者手帳を持っていますか。 □ はい ⇒ 身体障害者手帳の写しをつけてください。 □ いいえ												
	2 特別児童扶養手当又は障害基礎年金の受給をしていますか。 □ はい □ いいえ												

市町村記入欄

※市町村から判定機関への連絡事項	☐ 記載の個人番号は本人のものと相違ありません。 ①確認年月日 年 月 日 ②確 認 者 ③確認方法 ☐ マイナンバーカード ☐ その他 ()	市町村受領印
------------------	---	--------

判定機関記入欄

児	知	1	2	中	松	飯	諏	佐

判定機関受理印