

(様式第2号)

療育手帳交付・再交付申請書

福祉事務所長 町村長 経由
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	() —										本人との続柄				
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					前回交付内容からの記載事項変更					□ 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	□ 記載の個人番号は交付対象者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	判定機関受領印