

別紙様式 2

交 付
療育手帳 再 交 付 申請書
再 判 定

令和 年 月 日

相談センター長殿

(本人又は保護者氏名)

交 付
療育手帳の 再 交 付 を受けたいので、下記のとおり申請します。
再 判 定

() 福祉事務所
() 町・村役場 経由

本 人	個人番号														生	年	月	日	性 別
	ふりがな 氏 名													年 月 日				男・女	
	ふりがな 住 所	〒												TEL () -					
保 護 者	ふりがな 氏 名													生	年	月	日	本人との続柄	
														年 月 日					
	ふりがな 住 所	〒												TEL () -					
施設入所		有・無		有の場合		施設名													
身体障害者 手帳の有無		有 ・ 無	有 の 場 合	番号				交付年月日		・ ・									
				障害名								種 級							
再交付 再判定 の場合		療育手帳記号番号				第 号													
		交付年月日				年 月 日交付													
再交付 理由等		理由	1. 破れた 2. なくした 3. よごれた 4. その他 ()																
		手帳の利用ができなくなった日				年 月 日													