

(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 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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 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

--