

(様式第2号)

療育手帳交付（再交付）申請書

年 月 日

福祉事務所長
町 村 長 経由

児 童 相 談 所 長 殿
知的障害者更生相談所長

申 請 者
申請者(保護者)
連絡先電話番号

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。

| | | | | | | | | |
|-----------------------------|----------------------------------------|---------------------------------|------------------|------------------|----------------------------|------------------|--------|-----|
| 本 人 | 氏 名 | (ふりがな) | | | 生 年 月 日 | 年 月 日 | 性 別 | |
| | 住 所 | 市 郡 町 村 | | | 生 年 月 日 | 年 月 日 | 職 業 | |
| | 身体障害者 手帳番号 | 第 号 | 等 級 | 種 級 | 障害名 | | | |
| 保 護 者 | 氏 名 | (ふりがな) | | | 本 人 と の 続 柄 | 生 年 月 日 | 性 別 | 男・女 |
| | 住 所 | 市 郡 町 村 | | | | | 職 業 | |
| 再 交 付 | 理 由 | 1 無くした 2 損傷した 3 余白欄なし 4 その他 () | | | | | | |
| | 前回手帳の交付 を受けた年月日 | 年 月 日 | 手帳番号 | 第 号 | | | | |
| 参 考 事 項 | 1 現在まで児童相談所又は 知的障害者更生相談所での 判定の有無 | | 有 無 | 有 の 場 合 | 判 定 機 関 | | | |
| | | | 無 | | 判 定 年 月 | 年 月 | | |
| | 2 施設等 の入所の 有無 | 有 無 | 有 の 場 合 | 入所年月日 | | 施 設 名 | 退所年月日 | |
| | | | | 年 月 日 | | | 年 月 日 | |
| 3 特別児童扶養手当又は障 害基礎年金受給の有無 | | | 有 無 | 有 の 場 合 | 証 書 番 号 | | | |
| | | | | | 交 付 年 月 日 | 年 月 日 | | |

(注) 記名押印に代えて署名することができます。