

(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	<input type="checkbox"/> 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