

療育手帳再交付申請書

平成 年 月 日

総合福祉センター所長 様

申請者 印

療育手帳の再交付を受けたいので、次により申請いたします。

本人	ふりがな 氏名		生 年 月 日	明 大 昭 平	年 月 日	性別	男・女
	住所	〒 (電話)				職業	
保護者	ふりがな 氏名		生 年 月 日	明 大 昭 平	年 月 日	続柄	
	住所	〒 (電話)				職業	
手帳交付番号		第 号	交付年月日	昭・平 年 月 日			
再 交 付 の 理 由	1 紛失のため 2 汚損・破損のため 3 記載欄に余白がなくなったため 4 その他 ()						
※ 判 定 の 記 録							
障 害 の 程 度	(総合判定)	合 併 障 害	(身体障害者 級)	判 定 年 月 日			
				次の判定年月日			
				判 定 機 関			

注意事項

- ※印の欄は記入しないでください。
 - 記名押印に代えて署名することができます。
- お預かりした個人に関する情報は、目的のためのみに用い、法令等に定めがある場合を除き、本人又は保護者の同意なしに第三者へ提供することはいたしません。