

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

愛知県中央児童・障害者相談センター長殿

(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(岩倉市) 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									

(日本産業規格A列4番)