

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

一宮児童相談センター長殿

(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
	ふりがな 住 所	〒										年 月 日	
	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)