

療育手帳 交付 申請書
再交付 再判定

平成 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)

印

療育手帳の 交付 再交付 再判定 を受けたいので、下記のとおり申請します。

(岩倉市) 福祉事務所
() 町・村役場 経由

本人	ふりがな氏名			生 年 月 日	性 別
				大・昭・平 年 月 日	男・女
保 護 者	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
				大・昭・平 年 月 日	
保 護 者	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	・
		無の場合	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		昭・平 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		

(備考) 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。

(日本工業規格A列4番)