

(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	(			)	—					
	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	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

・番号確認書類： 個人番号カード 通知カード 住民票 その他 ( ) 職権確認承諾 ・身元確認書類： 個人番号カード 障害者手帳 運転免許証 パスポート 保険証 診察券 その他 ( ) ・交付方法 □ 郵送 (再発行のみ) ・ □ 窓口 ・送付先 □ 本人 ・ その他 → 台帳付表必要 ・交付場所 □ 本庁 ・ □ 西部	受付者 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>
---	---

市町村受理印

※市町村から判定機関への連絡事項

判定機関記入欄

児	知	1	2	中	松	飯	諏	佐

判定機関受理印