

別紙様式2

交 付
療育手帳 再 交 付 申 請 書
再 判 定

年 月 日

東三河児童・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

(田原市) 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)