

(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						<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	氏名				年	月
	住所	〒 _____ ー _____				
	電話番号	(_____) _____				
	個人番号	_____				
保護者	ふりがな			生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	氏名				年	月
	住所	〒 _____ ー _____				
	電話番号	(_____) _____			本人との続柄	_____
再交付	理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 余白欄なし <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
	既存の手帳番号	第	号	前回交付内容からの記載事項変更	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
参考事項	1 身体障害者手帳を持っていますか。 <input type="checkbox"/> はい ⇒ 身体障害者手帳の写しをつけてください。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					

市町村記入欄

※市町村から判定機関への連絡事項	<input type="checkbox"/> 記載の個人番号は交付対象者本人のものと相違ありません。	
	①確認年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ②確認者 _____ ③確認方法 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
	市町村受領印 _____	判定機関受領印 _____