（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

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			

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　）

市町村記入欄

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