

年 月 日

岩手県知事 様

申請者氏名

電話番号 ()

療育手帳再交付申請書

療育手帳の再交付を受けたいので、知的障害者療育手帳交付規則第8条第1項の規定により次のとおり申請します。

| | | | | | | |
|------------------------------------------|------------|------------------|------------------|--------|----|-----|
| 本人 | ふりがな 氏名 | | 生 年 月 日 | 年 月 日 | 性別 | 男・女 |
| | 住所 | 〒 | | | 電話 | |
| | 個人番号 | | | | | |
| 保護者 | ふりがな 氏名 | | 生 年 月 日 | 年 月 日 | 続柄 | |
| | 住所 | 〒 | | | 電話 | |
| 手帳の番号、交付年月日 | | 第 号 (年 月 日交付) | | | | |
| 判 定 の 記 録 | | | | | | |
| 障 害 の 程 度 | (総合判定) | 合 併 障 害 | (身体障害種級) | 判定年月日 | | |
| | | | | 次の判定年月 | | |
| | | | | 判定機関 | | |
| 再 交 付 申 請 の 理 由 | | | | | | |
| ① 亡失 ② き損 ③ 記載欄に余白がなくなった ④ 写真更新 | | | | | | |

備考1 再交付申請の理由欄は、該当するものに○印を付してください。

2 亡失の場合は、その状況を記載してください。

3 き損又は記載欄に余白がなくなった、又は写真更新の場合は、その療育手帳を添えて提出してください。(手帳を提出できない事情がある場合は、申し出てください。)

管轄市町村