

様式第3号

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	性別 年　月　日	男・女
	住 所	〒					電話
	個人番号						
保護者	ふりがな 氏名				生年月日	続柄 年　月　日	
	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 錄							
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