別紙様式２

交 　 付

療育手帳　再 交 付　申請書

再 判 定

年　　　月　　　日

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

（　　　　）福祉事務所

（　　　　）町・村役場　経由

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　　人 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生　　年　　月　　日 | 性　別 |
|  |  | 　　　　　　年　　月　　日 | 男・女 |
|  | 〒　　　　　　　　　　　　　　　℡（　　　　）　　－ |
| 保護者 |  |  | 生　　年　　月　　日 | 本人との続柄 |
| 　　　　　　年　　月　　日 |  |
|  | 〒　　　　　　　　　　　　　　　℡（　　　　）　　－ |
| 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）