

必要書類

- ・再交付申請書(本書)
- ・写真(縦4cm×横3cm)
- ・療育手帳原本

(公共交通機関の割引を受けるなど普段から使用している場合には写しで構いません。)

手帳所有されているご本人名をご記入ください。※18歳未満の場合は保護者名をご記入ください。

年 月 日

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	年 月 日	性別	男・女
	住 所	〒			電話	
	個人番号		赤枠内をご記入ください。			
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