（様式第２号）

療 育 手 帳 交 付 ・ 再 交 付 申 請 書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |

福祉事務所長　町村長　経由

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 本人　保護者 |

児童相談所長　知的障害者更生相談所長　様

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　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | （　　　　　　）　　　　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 本人との続柄 | | | | |  | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | 前回交付内容からの  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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

市町村記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※市町村から判定機関への連絡事項 | □ 記載の個人番号は交付対象者本人のものと相違ありません。  ①確認年月日　　　　　　年　　　月　　　日  ②確認者  ③確認方法  □マイナンバーカード　□その他(　　　　　　　　　　　　) | |
|  | 市町村受領印 | 判定機関受領印 |