

再交付記入例

療育手帳 交付 再判定 申請書
再交付

令和〇年〇月〇日

千葉県知事

様

7 285-8501

本人または保護者です

18歳未満の場合は必ず保護者です

申請者 住所 佐倉市海隣寺町 97 番地

氏名 佐倉 花子

療育手帳の〔 交付・再判定 **再交付** 〕を受けたいので申請します。

※住所・保護者・連絡先等が現在の手帳の内容から変更がある場合は記載事項変更届もご提出ください

本人	フリガナ 氏名	カウ 知 佐倉 太郎		男 女	生年月日	平成〇年〇月〇日生（〇）歳	
	住所	〒285-8501 佐倉市海隣寺町97番地			電話（000-0000-0000） ↑手帳に記載される連絡先になります		
	個人番号						
保護者	フリガナ 氏名	カウ ハナ 佐倉 花子	続柄	母	生年月日	昭和〇年〇月〇日生（〇）歳	
	住所	〒 - 同上			電話（ - - ）		

（療育手帳所持者のみ記入） 手帳番号：第 号 交付年月日： 年 月 日
 前回の判定年月： 年 月 障害の程度：
 判定機関： 児童相談所・ 障害者相談センター
 ※ 千葉県以外で手帳の交付を受けた人は、申出書の提出により判定を省略できる場合があります。

（再交付申請の場合記入）
 再交付の理由：〔 ①紛失 ②破損 ③その他（ ） 〕

（手帳以外の相談状況）※本人が18歳未満の方のみ記入してください。

1 児童相談所で 年 月ごろ、判定を受けたことがある。

2 障害児・者等施設に〔 入所・通所 〕をしている。
 施設名： 措置機関： 児童相談所

3 特別児童扶養手当〔 1級・2級 〕を受給している。

※添付するもの…写真1枚（サイズ：縦4cm×横3cm）脱帽して上半身を写したものの（申請者の申出により、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。）
写真の裏には、市町村名、氏名、生年月日を記載してください。

注意事項

- 1 申請書氏名は手帳の交付等を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
- 2 当該欄に必要事項を記入し、〔 〕内は該当の項目を○で囲んでください。