

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	年 月 日	性別	男・女
	住所	〒												電話	
	個人番号														
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