

療育手帳 交 再 交 付 申 請 書

年 月 日

沖縄県知事 殿

申請者

(申請者連絡先:)

(本人との関係:)

療育手帳の交付・再交付を受けたいので、次により申請いたします。

本人	ふりがな 氏名		生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生	性別	男・女
	ふりがな 住所					
	個人番号					
保護者	ふりがな 氏名		生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生	続柄	
	ふりがな 住所					

参 考 事 項

- 現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所で相談・判定を受けたことがありますか。
 (1) はい 「はい」の場合 (相談所の名称) _____
 (2) いいえ (相談年月日) _____年 月 日
- 施設等に入(通)所していますか。
 (1) はい 「はい」の場合 (施設等の名称) _____
 (2) いいえ
- 障害基礎年金、特別児童扶養手当又は特別障害者手当等を受給していますか。
 (1) はい 「はい」の場合 (手当等の名称) _____
 (2) いいえ
- 療育手帳再交付の場合
 手帳記号番号 第 _____ 号
 当初交付年月日 _____年 月 日
 再交付理由 イ 紛失 ロ 破損又は著しい汚損
 ハ 記載欄に余白がない

※ 判 定 の 記 録

障害の程度	(総合判定)	合併障害	(身体障害者手帳 級)	判 定 年 月 日	年 月 日
				次の判定年月	年 月
			判 定 機 関		
	その他の判定所見				

記入上の注意

- 申請者の氏名は、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の氏名を記入してください。
- 本人及び保護者の氏名及び住所には振り仮名を付してください。
- ※印の判定の記録の欄は、記入しないでください。
- 再交付申請の際は、交付の文字は抹消して再交付申請書とし、参考事項の4の数字を○印で囲み、元の手帳の記号番号を記入するとともに、再交付理由は該当するものを選んでその記号を○印で囲んでください。