

別紙様式2

交 付
療育手帳 再 交 付 申 請 書
再 判 定

令和 年 月 日

愛知県知多児童・障害者相談センター長殿

(本人又は保護者氏名)

交 付
療育手帳の 再 交 付 を受けたいので、下記のとおり申請します。
再 判 定

(大府市社会) 福祉事務所

() 町・村役場 経由

本 人	ふりがな 氏 名			生 年 月 日	性 別
				年 月 日	男・女
	ふりがな 住 所	〒 _____ TEL () - _____			
保 護 者	ふりがな 氏 名			生 年 月 日	本人との続柄
				年 月 日	
	ふりがな 住 所	〒 _____ TEL () - _____			
施設入所	有・無	有の場合	施設名		
身体障害者 手帳の有無	有・無	有の場合	番号	交付年月日	・
			障害名		種 級
再交付 再判定 の場合	療育手帳記号番号		第 号		
	交付年月日		年 月 日交付		
再交付 理由等	理由	1. 破れた 2. なくした 3. よごれた 4. その他 ()			
	手帳の利用ができなくなった日		年 月 日		

(日本産業規格A列4番)