

(様式第2号)

療育手帳交付・再交付申請書

平成 年 月 日

伊那市  
福祉事務所長  
町 村 長 経由

諏訪

児 童 相 談 所 長  
知的障害者更生相談所長 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

(申請者区分：本人・保護者)

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。

本 人	ふりがな		住 所	〒		
	氏 名			(電話番号)		
	生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女	障害名	
	身体障害者 手帳番号	第 号	等 級	種 級		
保 護 者	ふりがな		住 所	〒		
	氏 名			(電話番号)		
	生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女	本人との続柄	
再 交 付	理 由	1 紛失 2 破損 3 余白欄なし 4 その他 ( )				
	前回の手帳交付年月日	年 月 日	手帳番号	第 号		
参 考 事 項	1 児童相談所又は知的障害者更生相談所での相談・判定の有無 (有・無) 「有」の場合は、下記事項についてご記入ください。 (1) 相談・判定を行った機関名 _____ (2) 相談・判定を行った年月 _____年 _____月					
	2 施設等の利用の有無 (有・無) 「有」の場合は、下記事項についてご記入ください。 (1) 利用している(していた)施設名 _____ (2) 利用開始年月 _____年 _____月 (利用終了年月 _____年 _____月)					
	3 特別児童扶養手当又は障害基礎年金の受給の有無 (有・無) 「有」の場合は、下記事項についてご記入ください。 (1) 証書番号 _____ (2) 交付年月日 _____年 _____月 _____日					

(注1) 記名押印に代えて署名することができます。

(注2) この書類の書き方や書いてある内容がよくわからないときは、市町村の窓口でご相談ください。