

交 付  
療育手帳 再 交 付 申 請 書  
再 判 定

年 月 日

西三河児童・障害者  
愛知県 相談センター長殿  
刈谷児童

(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

高浜市福祉事務所 経由

本 人	個人番号											生 年 月 日	性 別
	ふりがな 氏 名											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
	ふりがな 住 所	〒										年 月 日	
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)