様式第３号

年　　月　　日

　　　岩手県知事　　　　　様

申請者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　　　　（　　　）

　　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 |  |
| 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） |
|  |
| 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 |  |
|  |
| 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 |  |