

様式第3号

年 月 日

岩手県知事 様

申請者氏名 ㊟

電話番号 ()

療育手帳再交付申請書

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)			
判 定 の 記 録						
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		
再 交 付 申 請 の 理 由						
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	
-------	--