

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	
	個人番号														
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	
-------	--