

別紙様式2

交 付
療育手帳 再 交 付 申 請 書
再 判 定

令和 年 月 日

愛知県中央児童・障害者相談センター長 殿

(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

(稲 沢 市) 社会福祉事務所
() 町・村役場 経由

本 人	個人番号											生 年 月 日	性 別
	ふりがな 氏 名											S・H・R 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
												S・H 年 月 日	
	ふりがな 住 所	〒										TEL () -	
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)