（様式第２号）

療育手帳交付・再交付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |

駒ヶ根市福祉事務所長　経由

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者氏名 | 　　　　　　 | [ ] 本人　[ ] 保護者 |

児童相談所長　知的障害者更生相談所長　様

療育手帳の交付・再交付を受けたいので、次により申請します。（　[ ] 　交付　[ ] 　再交付　）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 | ふりがな |  |  | 生年月日 | [ ]  大正 [ ]  昭和 [ ]  平成 [ ]  令和 |
| 氏　名 |  |  | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒 |  |  |  | ― |  |  |  |  |  |
|  |
| 電話番号 | （　　　　　　　　　　）　　　　　　　　― |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保護者 | ふりがな |  |  | 生年月日 | [ ]  大正 [ ]  昭和 [ ]  平成 [ ]  令和 |
| 氏　名 |  |  | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒 |  |  |  | ― |  |  |  |  |  |
|  |
| 電話番号 | （　　　　　　　　　　）　　　　　　　　― |
| 続柄 |  |
| 再交付 | 理　　由 | [ ]  紛失　 [ ] 破損　 [ ] 余白欄なし [ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 既存の手帳番号 | 第 　　　　　号 | 記載事項変更 | [ ] あり　　[ ] なし |
| 参考事項 | １　身体障害者手帳を持っていますか。　　☐　はい　⇒　身体障害者手帳の写しをつけてください。　　☐　いいえ |
| ２　特別児童扶養手当又は障害基礎年金の受給をしていますか。　　☐　はい　　　　　　　　☐　いいえ |

|  |
| --- |
| 市町村受理印 |
| 判定機関受理印 |

市町村記入欄

|  |
| --- |
| ※市町村から判定機関への連絡事項 |

判定機関記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児 | 知 | １ | ２ | 中 | 松 | 飯 | 諏 | 佐 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |