

別紙様式 2

交 付
療育手帳 再 交 付 申請書
再 判 定

年 月 日

愛知県知事 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

北名古屋福祉事務所 経由

本人	個人番号														生 年 月 日	性 別
	ふりがな 氏 名													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	
														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										

【注意事項】
○ 再交付申請する場合には、個人番号の記入の必要はありません。