

療育手帳再交付申請書

大分県知事 殿

年 月 日

申請者

申請者連絡先 (- -)

療育手帳の再交付を受けたいので、次により申請します。

再交付理由	1 紛失 2 破損 3 汚損 4 記載終了 5 程度変更 6 形態変更 (現在の手帳 <input type="checkbox"/> 紙型 <input type="checkbox"/> カード型) 7 その他() [現在交付を受けている療育手帳の番号: 大分県 第 号]					
本人	フリガナ				生年月日	年 月 日
	氏名					
	個人番号					
	住所	(〒 -)				
保護者	フリガナ			続柄	生年月日	年 月 日
	氏名					
	住所	(〒 -)			保護者なしの場合 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
希望する手帳の形態 (どちらか一方のみ)		<input type="checkbox"/> 紙型			<input type="checkbox"/> カード型	

現在所持している手帳の記載内容について、変更するものがあればをしてください。
 ※をしたものについては、記載内容変更届を省略して記載内容を変更することができます。
 本人氏名 · 本人住所 · 保護者氏名 · 保護者住所

【注意事項】

- 再交付理由欄の該当する番号に丸印をしてください。
- 申請者は、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の方となります。
- 本人及び保護者の氏名には必ずフリガナを付けてください。
- 縦4cm×横3cmサイズの脱帽して上半身を写した本人が一人で写っている写真を添付してください。
写真の裏面に氏名と生年月日を記入してください。おおむね6ヶ月以内に撮った写真にしてください。
なお、家庭のプリンターによる印刷写真は不可です。
- 氏名及び住所については、住民基本台帳に登録されている内容で記入してください。

※ 市町村確認事項(市町村記入欄)	
手帳の形態	<input type="checkbox"/> 形態の違いによるメリットやデメリットについて説明済
個人番号	<input type="checkbox"/> 記載あり
療育手帳の写し	有 ・ 無 (<input type="checkbox"/> 紛失のため)
氏名・住所表記	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳と一致 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳と異なるため加筆修正(鉛筆書き)
次回判定時期	(年 月) ・ 判定不要 * 判定時期を過ぎている場合 ① 次回判定時期修正可能 → <input type="checkbox"/> 次回判定時期修正依頼書受理 ② ①の対象でない場合は再判定が必要 → <input type="checkbox"/> 再判定依頼

写真添付欄
*裏面に氏名と生年月日を記入