

療育手帳再交付申請書

宮崎県知事 殿

年 月 日

申請者名(署名)

本人との関係 ()

療育手帳を

紛失したので
破損したので
その他 ()

次により再交付申請します。
(太枠内を記入)

*該当するものを○で囲んでください。その他には、その理由を記入してください。

| | | | | | | | |
|---|--|-------|-------|----|---------|---|---|
| 本人 | フリガナ | | | | 生 年 月 日 | | |
| | 氏名 | | | | 年 月 日 | 歳 | |
| | 住所 | 〒 電話 | | | | | |
| | 個人番号 | ● | ● | ● | ● | ● | ● |
| 保護者 | フリガナ | | | | 続 柄 | | / |
| | 氏名 | | | | | | |
| | 住所 | 〒 電話 | | | | | |
| 手帳番号 | 中央・都城・延岡・宮崎県 第 号 | | | | | | |
| 交付日 | 年 月 日 | 前回判定日 | 年 月 日 | | | | |
| ※市町村記入欄 手帳の記載事項の変更の有無 → <input type="checkbox"/> 有 (下記を記入) <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | |
| 本人 | <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| 保護者 | <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| 新: | 市・町・村 | | | 旧: | 市・町・村 | | |

※申請者名は、手帳の再交付を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。

※個人番号は、手帳紛失時のみ記入してください。なお、個人番号を記入しない場合は本人確認書類(顔写真入りのもの(個人番号カード・運転免許証等)1点若しくは顔写真のないもの(住民票・保険証等)2点を提示してください。

※管轄市町村→旧管轄市町村(住所変更有の場合)→センター進達

| | | |
|----------|-----------|---------|
| 管轄市町村受付印 | 旧管轄市町村受付印 | 判定機関受付印 |
| | | |