

(様式第4号)

市町受付印

更新
療育手帳 申請書
再交付

福井県総合福祉相談所長 様
福井県嶺南振興局敦賀児童相談所長 様

年 月 日

申請者

(18歳未満は保護者名、18歳以上は本人名)

療育手帳の更新(再交付)を受けたいので、次により申請します。

本人	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	(才)
	住所	〒 -	電話	() -	
			学校名および 学年・勤務先・ 利用福祉サー ビス等		
個人番号					
保護者	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	続柄
	住所	〒 -	電話	() -	
			勤務先		
手帳番号	福井県第 号	更新理由	1. 次期判定年月到来 2. その他 ()		
交付年月日	年 月 日交付				
再交付理由	1.紛失 2.破損 3.汚損 4.写真貼替 5. その他 ()		本体 (要・不要) カバー (要・不要)		
他の手帳の 所持の有無	1. なし 2. 身体障害者手帳 (種 級 障がい名) 有効期限 : 3. 精神保健福祉手帳 (級 障がい名) 有効期限 :				

以下は市町担当者が記載

添付書類 : 相談記録票 療育手帳(写) 写真 (4cm×3cm)

身障手帳等の写し その他 ()

判定予約日 : 有 (年 月 日 時 分) (場所 :)

無 (書類判定 本人から予約 その他 ())

* 日中連絡が取れる連絡先 (携帯等) : _____