

療育手帳 交付 再判定 再交付 申請書

平成 年 月 日

千葉県知事

様

〒 申請者 住所

氏名 印

療育手帳の [交付・再判定・再交付] を受けたいので申請します。

本人	フリガナ 氏名		男 女	生年 月日	[大正・昭和・平成] 年 月 日生 () 歳
	住所	〒 電話 (- -)			
保護者	フリガナ 氏名		続柄	生年 月日	[大正・昭和・平成] 年 月 日生 () 歳
	住所	〒 電話 (- -)			
(療育手帳所持者のみ記入) 手帳番号: 第 _____ 号 交付年月日: _____ 年 月 日 前回の判定年月: _____ 年 月 障害の程度: _____ 判定機関: _____ 児童相談所・ _____ 障害者相談センター ※ 千葉県以外で手帳の交付を受けた人は、申出書の提出により判定を省略できる場合があります。					
(再交付申請の場合記入) 再交付の理由: [①紛失 ②破損 ③その他 ()]					
(手帳以外の相談状況) ※本人が18歳未満の方のみ記入してください。 1 _____ 児童相談所で _____ 年 _____ 月ごろ、判定を受けたことがある。 2 障害児・者等施設に [入所・通所] をしている。 施設名: _____ 措置機関: _____ 児童相談所 3 特別児童扶養手当 [1級・2級] を受給している。					

※添付するもの…写真1枚(サイズ:縦4cm×横3cm)脱帽して上半身を写したものの
写真の裏には、市町村名、氏名、生年月日を記載してください。

注意事項

- 1 申請書氏名は手帳の交付等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。
- 2 申請者欄の氏名を自署する場合は、押印を省略できます。
- 3 当該欄に必要事項を記入し、 [] 内は該当の項目を○で囲んでください。