

療育手帳再交付申請書

年 月 日

申請者コード

石川県知事 様

申請者 住所

氏名

電話番号

※日中連絡のとれる番号を記入してください。

療育手帳の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

本人	フリガナ 氏名	電話 () -	生年月日 昭 平 令 年 月 日 3 4 5
	住所 石川県 市町	郵便番号	性別 男 女 1 2
保護者	フリガナ 氏名	電話 () -	生年月日 昭 平 令 年 月 日 3 4 5
	住所 石川県 市町	郵便番号	続き柄 <input type="text"/> 続き柄コード
手帳番号	石川県第 号		理由 1 紛失 3 記載欄余白なし 2 破損

- 備考 1 交付済みの手帳（紛失の場合を除く。）及び本人の顔写真を添えて申請してください。
 2 申請者コード及び続き柄コードは、記入しないでください。
 3 申請者氏名は、手帳の再交付を受けようとする本人又は保護者の氏名（施設に入所している場合で、本人又は保護者の依頼により施設長が申請するときは、施設名及び施設長の職・氏名）を記入してください。

判 定 の 記 録					
障害の程度	(総合判定)	合併障害	(身体障害 級)	判定年月日	
				次の判定年月	
				判定機関	

受付印欄	町 受 付	福祉事務所受付	相談所受付	県 受 付
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>