

療育手帳再交付申請書

年 月 日

のりづけ
 写真（縦4cm横3cm
 で脱帽して上半身
 を写したもので裏に
 市町村名と氏名を記入
 して下さい。）

茨城県知事殿

3	1
---	---

申請者

印

再交付理由	21紛失	22棄損	23記載欄余白なし	24その他（ ）
-------	------	------	-----------	----------

手帳番号	0	8	第	号	交付年月日	年	月	日	障害の程度	
本人	フリガナ	氏	名		生年	大正 平成			性別	男 女
	氏名			月日	昭和	年	月	日		
	住所	都道府県		市郡	町村					
	電話番号	-		-	職業					
保護者	フリガナ	氏	名		生年	大正 平成			続柄	
	氏名			月日	昭和	年	月	日		
	本人との同居状況	1 同居	2 別居	住所同居は記入不要	都道府県	市郡	町村			
	電話番号	-		-	職業					
参考事項	1 前回はどここの児童相談所又は福祉相談センター等で診断、判定を受けましたか。									
	1 受けている 0 受けていない									
	受けている場合 (相談所等の名称と相談年月)									
参考事項	2 施設等のに入所していますか。 1 はい 0 いいえ									
	はいの場合 (施設等の名称)									
参考事項	3 特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。									
	1 はい 0 いいえ									

※1 市記	管轄市町村コード						
町入	本人市町村コード						
村欄	保護者市町村コード						
※2 県記入欄	施設コード						

市町村受付	県受付

注意事項 ・記名押印に代えて署名することができます。
 ・※印の欄は記入しないで下さい。