

(様式1)

療育手帳交付申請書

大分県知事 殿

年 月 日

申請者



療育手帳の交付を受けたいので、次により申請いたします。

申請内容	1 新規交付申請		2 再交付申請		
再交付理由	1 紛失 2 破損 3 汚損 4 記載終了 5 程度変更 6 その他 (現在交付を受けている療育手帳の番号： 大分県 第 _____ 号)				
本人	(フリガナ)	生年月日	年 月 日	性別	男・女
	氏名	電話番号	— —	別	
	個人番号	_____	_____	_____	_____
住所	〒 _____				
保護者	(フリガナ)	生年月日	年 月 日	続柄	
	氏名	電話番号	— —	柄	
住所	〒 _____				
参考事項	※ 再交付申請の場合は、この欄は記入不要です。 現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所等で診断、判定を受けましたか。 (はい ・ いいえ) はいの場合 (相談所等の名称と相談年月日) _____ 相談所 _____ 年 月 日				

注意事項：

1. 申請内容及び再交付理由欄の該当する番号に丸印をしてください。
2. 申請者は、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の方となります。
3. 本人及び保護者の氏名には必ずフリガナを付けてください。
4. 縦4cm×横3cmサイズの脱帽して上半身を写した本人が一人で写っている写真を添付してください。写真の裏面に氏名を記入してください。概ね6ヶ月以内に撮った写真にしてください。なお、家庭のプリンターによる印刷写真は不可です。
5. 氏名及び住所については、住民基本台帳に登録されている内容で記入してください。