

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 前回はどこの子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) | | | | | | | | | |
| | 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。