

療育手帳再交付申請書

年 月 日

愛媛県福祉総合支援センター所長
 愛媛県 子ども・女性支援センター所長
 [福祉事務所長] 経由
 [町長]

写真
 (縦4cm 横3cm)
 写真は、裏に市町
 名・氏名を記入し、
 本書に添付して提出
 してください
 (注：貼り付けない)

申請者 氏名
 本人との続柄 ()

次のとおり療育手帳の再交付を申請します。

手帳番号	愛媛・知更相 中児相・福支 東児相・東支 南児相・南支 愛媛県	第 号	交付年月日	年 月 日		
知的障がい者本人	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
	住所	(電話)				
	個人番号					

知的障がい者本人の個人番号を記載してください。_

保護者	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日	続柄
	住所	(電話)			

再交付申請の理由	1 手帳をなくした。 2 手帳がき損した。 3 その他 []
----------	--

注1 写真(縦4cm横3cmで、脱帽し上半身を写したもの(宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことを妨げない。))を添付してください。

市町記載内容確認欄
