

第2号様式

写 真
3cm×4cm
1枚
貼らないでください

療育手帳（交付・再交付）申請書

申請日	令和 年 月 日	
申請者氏名		(印)
続柄		

三重県知事 あて

療育手帳の（交付・再交付）を受けたいので、次により申請します。

本人	フリガナ		生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男・女
	氏名					
	住所	〒 電話() -				
保護者	フリガナ		続柄	配偶者・父・母・子・祖父・祖母 兄・弟・姉・妹・後見人 その他()		
	氏名					
	住所	<input type="checkbox"/> 本人と同じ 〒 電話() -				
<p>1. 直近の判定についてご記入下さい。</p> <p>判定機関 { <ul style="list-style-type: none"> ・三重県障害者相談支援センター ・三重県()児童相談所 ・その他都道府県() } 判定年月日 [昭・平・令 年 月 日] </p> <p>2. 施設等に入所していますか。</p> <p>はい { <ul style="list-style-type: none"> 連絡先 名称 (上記住所と住所 〒 違う場合) 電話番号 } ・ いいえ </p> <p>3. (再交付申請の場合) 現在持っている療育手帳の記載事項に変更はありますか。</p> <p>はい [氏名 ・ 保護者 ・ 住所 ・ その他()] ・ いいえ</p>						

◎市町使用欄

再交付申請の場合	再交付理由	障がい程度の確認・破損・紛失・写真交換・取替
現在持っている療育手帳の内容	三重県 第()号	障がいの程度(A1・A2・B1・B2)
	(年 月 日交付)	(年 月 日再交付)

所管市町	<input type="checkbox"/> 適用対象
------	-------------------------------

◎県使用欄（以下は記入しないでください。）

判定の記録			
障がい程度		判定年月日	
		次の判定年月	
		判定機関	

◎県受付欄

--

◎市町受付欄

--

1. 記名押印に代えて署名することができます。
2. 申請者氏名は手帳交付を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。