

手帳所持者本人(障がいのある方)又はその保護者が申請してください。

療育手帳再交付申請書

令和〇年 〇月 〇日

申請者 〇〇 〇〇

現在お持ちの手帳番号を記入してください。紛失して分からない場合は記入不要です。

次のとおり療育手帳の再交付を受けたいので、静岡県療育手帳交付規則第13条第1項の規定により関係書類を添えて申請します。

マイナンバーカードや住民票に記載されている、12桁の個人番号を記入してください。

交付番号		第〇〇〇〇号	
本人	住所	〒410-〇〇〇〇 沼津市〇〇 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)	
	ふりがな	〇〇 〇〇	
	氏名	〇〇 〇〇	
	生年月日	令和〇年 〇月 〇日	個人番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
保護者	住所	〒410-〇〇〇〇 沼津市〇〇 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)	
	ふりがな	〇〇 〇〇	
	氏名	〇〇 〇〇	
	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日	続柄 父
再交付の理由 (該当する番号に○)	<p>1 紛失(具体的な状況を記載してください。)</p> <p>令和〇年〇月〇日までは自宅で手帳を確認している。その後、紛失した。</p> <p>2 破損</p> <p>3 記載欄に余白がなくなった。</p> <p>4 写真が本人であることを認め難くなった。</p>		

備 手帳に記載されている保護者の情報を記入してください。

当てはまる理由を選択してください。紛失の場合は、いつどこで紛失したか、いつまでは手元にあったのか等を分かる範囲で記入してください。