

療育手帳再交付申請書

宮崎県知事 殿

年 月 日

申請者名
本人との関係 ()

療育手帳を [紛失したので
破損したので
その他 ()] 次により再交付申請します。
(太枠内を記入)

*該当するものを○で囲んでください。その他には、その理由を記入してください。

本人	フリガナ 氏名	姓	名	男・女	生 年 月 日	年 月 日	歳
	住所	〒 [] [] [] - [] [] [] [] (市・町・村)		電話 () - ()			
保護者	フリガナ 氏名	姓	名	続 柄	職 業		
	住所	〒 [] [] [] - [] [] [] [] (市・町・村)		電話 () - ()			
手帳番号	中央・延岡・都城 第 号						
交付日	年 月 日	前回判定日	年 月 日				
* 判定の記録 (判定機関記入欄)							
障がいの程度	(総合判定)	合併障がい	(身体障がい 級)	判 定 年 月 日	年 月 日		
				次 の 判 定 年 月			
				判 定 機 関			

※申請者名は、手帳の再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。

市町村受付印	判定機関受付印