

療育手帳更新申請書

令和 年 月 日
 申請者コード

石川県知事 様

申請者 住所

氏名

印

療育手帳の更新を受けたいので、次のとおり申請します。

本人	フリガナ氏名 _____	電話 () _____	生年月日 昭 平 令 年 月 日 3 4 5
	住所 石川県 市町 住所コード (郵便番号) <input type="text"/>	性別 男 女 1 2	職業又は学校 <input type="text"/> 職業コード
保護者	フリガナ氏名 _____	電話 () _____	生年月日 昭 平 令 年 月 日 3 4 5
	住所 石川県 市町 住所コード (郵便番号) <input type="text"/>	続き柄 <input type="text"/> 続き柄コード	職業 <input type="text"/> 職業コード
手帳番号	石川県第 号		備考

- 備考 1 交付済みの手帳及び本人の顔写真を添えて申請してください。
 2 申請者コード、住所コード、職業コード及び続き柄コードは、記入しないでください。
 3 申請者氏名は、手帳の更新を受けようとする本人又は保護者の氏名（施設に入所している場合で、本人又は保護者の依頼により施設長が申請するときは、施設名及び施設長の職・氏名）を記入してください。
 4 申請者本人が署名する場合は、押印を省略することができます。

判定の記録					
障害の程度	(総合判定)	合併障害	(身体障害 級)	判定年月日	
				次の判定年月	
				判定機関	

受付印欄	町 受 付	福祉事務所受付	相談所受付	県 受 付