

療育手帳再交付申請書

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

療育手帳の再交付を受けたいので、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 3 4 5	年 月 日
	住所 石川県 市町	性別 男 女 1 2	職業又は学校	<input type="text"/>	
	住所コード (郵便番号)	<input type="text"/>		職業コード	<input type="text"/>
保護者	フリガナ 氏名	電話 ( ) —	生年月日	昭 平 令 3 4 5	年 月 日
	住所 石川県 市町	続柄 <input type="text"/>	職業	<input type="text"/>	
	住所コード (郵便番号)	<input type="text"/>	続柄コード	職業コード <input type="text"/>	
手帳番号	石川県第 号		理由	1 紛失 3 記載欄余白なし 2 破損	

- 備考 1 交付済みの手帳（紛失の場合を除く。）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、手帳の再交付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	<input type="text"/>
				次の判定年月	<input type="text"/>
				判定機関	<input type="text"/>

受付印欄	町 受 付	福祉事務所受付	相談所受付	県 受 付
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>