

經由機関名	市町	進達	年 第	月	日 号
-------	----	----	--------	---	--------

療育手帳再交付申請書

年 月 日

山口県知事 様

申請者 印

(続柄)
(電話番号)

療育手帳の再交付について、下記の理由により申請します。

<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 記載欄余白なし <input type="checkbox"/> 障害程度変更	<input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 写真変更 <input type="checkbox"/> その他()
--	---

ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
本人氏名			
住所			
希望する形態 ※ (どちらか一方のみ)	<input type="checkbox"/> 紙製		<input type="checkbox"/> プラスチック製

<申請される方への注意事項>

- 1 申請者氏名は、手帳の交付を受けた本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
- 2 記名押印に代えて署名することができます。
- 3 太枠内のみボールペンで記入してください。
- 4 裏面に氏名を記入した写真1枚（縦4cm×横3cm 上半身脱帽）を添付してください。
- 5 紛失の場合をのぞき、療育手帳の写しを添付してください。
- 6 療育手帳は、新しい手帳が再交付された後、返還届と一緒に提出してください。

写真貼付欄

※ 手帳カバー及び「療育・相談の記録」（冊子）は、どちらの形態でも交付します。

市町確認事項(市町記入欄)			
療育手帳番号	山口県 第 号		
療育手帳の写し	有(基本情報+最新判定の記録) ・ 無		
有効期間残余の有無	有 無 →	面接判定予定	→ 有 ・ 無
記載内容変更の有無	有 →	記載内容変更届	→ 有 ・ 無
氏名(本人・保護者)			
住所(本人・保護者)			
その他(本人・保護者)	無		

判定の記録(相談所記入欄)				
障害程度	(総合判定)	合併障害	判定年月日	年 月 日
			次回判定年月	年 月 無期限有効
			判定機関	
			(身体障害 級)	