

經由機関受付印	
市町村	判定機関

療育手帳再交付申請書

年 月 日

群馬県知事
 (心身障害者福祉センター)
 (市町村、判定機関経由)

あて

申請者
 (本人又は保護者)

本人写真
縦 4 cm × 横 3 cm 脱帽・上半身 (仮止め)

療育手帳の再交付を受けたいので、次により申請します。

手帳番号 交付年月日	第 号 < 年 月 日 交付 >				
本人	ふりがな	生年 月 日		年 月 日	性別
	氏 名	個人番号			
	住 所	(〒 -) 施設の場合：施設名 (電話 - -)			職業
保護者	ふりがな	生年 月 日		年 月 日	続柄
	氏 名				
	住 所	(〒 -) (電話 - -)			職業
再交付の理由 (該当に○)	1 手帳の紛失 (詳細について、様式第 9 号「事実申立書」のとおり) 2 破損し使用に堪えない 3 記載欄に余白がなくなった 4 その他 ()				

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

- 注 1 本人及び保護者の氏名には必ずふりがなを記入してください。
 2 内は記入しないでください。
 3 これまでの手帳と氏名・住所等が変わっている場合には様式第 7 号「療育手帳記載事項変更届書」もあわせて提出してください。
 4 再交付の理由が「1 手帳の紛失」の場合は、様式第 9 号「事実申立書」もあわせて提出してください。