

様式第2号

療育手帳 交付 申請書
再交付

年 月 日

福岡県障がい者更生相談所長 殿

申請者氏名 (続柄:)

(TEL:)

療育手帳の交付(再交付)を受けたいので下記のとおり申請します。

手帳番号	※再交付の場合記載 福岡県第 号 (年 月 日交付)		
本人	個人番号		
	ふりがな	生年月日	性別
	氏名	年 月 日	男・女
	住所	〒 TEL ()	
保護者	ふりがな	本人との続柄	
	氏名		
	住所	〒 TEL ()	
<p>1 身体障害者手帳の交付を受けていますか。 はい (級) ・ いいえ</p> <p>2 再交付の場合、その理由は何ですか。 <input type="checkbox"/>①紛失 <input type="checkbox"/>②破損 <input type="checkbox"/>③記載欄満了 <input type="checkbox"/>④写真交換 <input type="checkbox"/>⑤その他 () また、そのときの障がいの程度は何ですか。該当するものを○でかこんでください。 (A1 ・ A2 ・ A3 ・ B1 ・ B2 又は A ・ B)</p>			
<p>(注) 児童相談所で判定を受ける場合は、あなたの住所地を管轄する児童相談所と前もって判定の日時を打ち合わせてください。 18歳以上の方は、事前に管轄の市町村役場へ申し込んだ上で、判定の手続きを行ってください。</p>			

※新規の申請の場合は判定書を、再交付申請の場合は療育手帳の写し、または台帳の写し等を添付してください。