

(様式第4号)

市町受付印

療育手帳 更新 申請書  
再交付

福井県総合福祉相談所長 様  
福井県児童・女性相談所長 様  
福井県嶺南振興局敦賀児童相談所長 様

年 月 日

申請者

(18歳未満は保護者名、18歳以上は本人名)

療育手帳の更新(再交付)を受けたいので、次により申請します。

本人	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	(才)
	住所	〒 -	電話	( ) -	
			学校名および 学年・勤務 先・利用福祉 サービス等		
個人番号					
保護者	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	続柄
	住所	〒 -	電話	( ) -	
			勤務先		
手帳番号	福井県第 号	更新理由	1. 次期判定年月到来 2. その他( )		
交付年月日	年 月 日交付				
再交付理由	1.紛失 2.破損 3.汚損 4.写真貼替 5. その他( )		本体(要・不要) カバー(要・不要)		
他の手帳の 所持の有無	1.なし 2.身体障害者手帳( 種 級 障がい名 ) 有効期限: 3.精神保健福祉手帳( 級 障がい名 ) 有効期限:				

以下は市町担当者が記載

添付書類	<input type="checkbox"/> 相談記録票 <input type="checkbox"/> 療育手帳(写) <input type="checkbox"/> 写真(4cm×3cm) <input type="checkbox"/> 身障手帳等の写し <input type="checkbox"/> その他( )
判定予約日	<input type="checkbox"/> 有( 年 月 日 時 分)(場所: ) <input type="checkbox"/> 無( <input type="checkbox"/> 書類判定 <input type="checkbox"/> 本人から予約 <input type="checkbox"/> その他( ))
* 日中連絡が取れる連絡先(携帯等): _____	