

療育手帳 1. 記載事項変更届 2. 再交付申請書

写真
【再交付申請のみ】
縦4cm×横3cm

写真は、裏に住所・氏名を記入して封筒に入れ、本書に添付してください。

熊本県知事 様

申請日 年 月 日
申請者氏名 _____ 印
(自筆又は記名押印)

次のとおり申請(届出)します。

療育手帳番号	熊本(県・市)第	号	本人氏名	
事由	1. 記載事項変更	住所	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 本人及び保護者 管轄変更: 無・有(→)※町村・福祉事務所にて記入	
		氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 本人及び保護者	
		その他	<input type="checkbox"/> 電話番号 <input type="checkbox"/> その他()	
		変更日	年 月 日	
	2. 再交付	<input type="checkbox"/> 手帳紛失 <input type="checkbox"/> 手帳破損、汚損 <input type="checkbox"/> 記載欄余白不足 <input type="checkbox"/> 表記変更	手帳表記(必ず選択してください) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 知的障害者福祉手帳(療育手帳)	次回判定年度 _____年度

(注) 次回判定年度に到達している場合は、併せて再判定申請をして下さい。

【記載事項変更】下記「変更前」欄をすべて記入し、「変更後」欄に変更事項のみ記入して下さい。
 【再交付申請】下記「変更前」欄をすべて記入して下さい。

		変 更 前	変 更 後
本人	フリガナ氏名		
	住所	(〒 -)	(〒 -)
	T E L	- -	- -
	施設名称		
保護者	フリガナ氏名		
	住所	(〒 -)	(〒 -)
	T E L	- -	- -
	続柄		

(町村・福祉事務所受付印)	(相談所受付印)