療育手帳再交付申請書

年　　月　　日

（あて先）千葉市長

〒

申請者住所

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

療育手帳の再交付を受けたいので、写真を添えて次により申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 | 氏名 | フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 　〒千葉市　　　　区 | 連絡先℡ | （携帯電話など平日、日中の連絡先）　　　－　　　－ |
| 保護者 | 氏名 | フリガナ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 続　　柄 | 本人から見て　　　　　　　 |
| 住所 | □　本人と同じ（記入不要）　 〒千葉市　　　区 | 連絡先℡ | （携帯電話など平日、日中の連絡先）　　－　　　－ |
| 連絡先電子メールアドレス　　□本人　　□保護者 |
| 　　　　　　　　　　　＠　 |
| 手帳番号 | 号 | 交付年月日 | 年　　月　　日 | 障害の程　度 |  |
| 再　交　付　申　請　理　由　　　１　紛失　　　２　破損して使用できない。　　　３　記載欄に余白がなくなった。　　　４　写真の更新のため。　　　５　新様式の手帳へ切り替えたい。６　その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　カバーの要不要　不要・ 要　＜理由：□未交付 □破損 □紛失 □その他（　 　　 ）＞ |