

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TEL	(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TEL	(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 () >												