

療育手帳 交付 申請書

令和 年 月 日

殿

(本人が18歳未満の場合は保護者氏名)

療育手帳の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

春日井市社会福祉事務所 經由

本人	個人番号														生 年 月 日	性 別
	ふりがな 氏 名													大・昭・平・令 年 月 日	男・女	
	住 所	〒												TEL() -		
保護者	ふりがな 氏 名													生 年 月 日	本人との続柄	
														大・昭・平・令 年 月 日		
	住 所	〒												TEL() -		
施設入所	有 ・ 無		有 の 場 合		施 設 名											
身体障害者 手帳の有無	有 ・ 無	有 の 場 合	番 号				交付年月日									
			障害名								第 種 級					
再交付 再判定 の場合	療育手帳記号番号			第 号												
	交 付 年 月 日			年 月 日交付												
再交付 理由等	理 由	１．破れた ２．なくした ３．よごした ４．その他()														
	手帳の利用ができなくなった日							平成・令和 年 月 日								