

再交

療育手帳再交付申請書 (太枠の中にていねいに記入してください。)

年 月 日

京 都 府 知 事 様

申請者氏名

次の理由により療育手帳の再交付を受けたいので申請します。

<理 由> 1. 紛 失 2. 破 損

3. その他 ()

手帳番号	交 付 日	昭和 平成	年	月	日	交付
	年 月 日					

本 人 住 所	郡・市	町・村	※住 所 コード

電話 () -

フリガナ

本 人 氏 名	男・女

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生

保護者 住 所	※住 所 コード

フリガナ

保護者 氏 名	男・女

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生 続柄 ()

障害の程度

※ 続 柄
コード

判定年月日 年 月 日 次回判定年月 年 月

- 注1 申請者氏名は、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
なお、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。
- 2 ※欄は記入しないでください。
- 3 おおむね1年以内に撮った写真(上半身、脱帽、縦4センチメートル、横3センチメートル)を添付してください。

※現 コ ー ド		※施 コ ー ド		※措 置 者 ド	
----------------	--	----------------	--	-------------------	--

第 号
年 月 日

京 都 府 知 事 様

市福祉事務所長
広域振興局長

左記の者から療育手帳再交付申請書の提出があったので、進達します。

京都府処理欄

処理種別 コ ー ド
2 交 付

交付事由 コ ー ド

3. 紛 失

4. 破 損

8. そ の 他

入 力

町 ・ 村	受 付	年 月 日	市 ・ 府 振 広 興 域 局	受 付 印	京 都 府	受 付 印
	発 送	年 月 日				