

經由機関受付印	
市町村	判定機関

療育手帳再交付申請書

年 月 日

群馬県知事
 (心身障害者福祉センター)
 (市町村、判定機関経由)

あて

申請者
 (本人又は保護者)

印

本人写真 縦4cm×横3cm 脱帽・上半身 (仮止め)

療育手帳の再交付を受けたいので、次により申請します。

手帳番号 交付年月日	第 号 < 年 月 日交付 >							
本人	ふりがな				生年 月日	年 月 日	性別	
	氏名							
住所	(〒 -)							職業
	施設の場合:施設名 (電話 - -)							
保護者	ふりがな				生年 月日	年 月 日	続柄	
	氏名							
住所	(〒 -)							職業
	(電話 - -)							
再交付の理由 (該当に○)	1 手帳の紛失(詳細について、様式第9号「事実申立書」のとおり) 2 破損し使用に堪えない 3 記載欄に余白がなくなった 4 その他 ()							

判定の記録 [判定機関]

障害の程度	(総合判定)	合併障害	(身体障害 級)	判定年月日	
				次の判定年月	
				次の判定機関	

- 注1 本人及び保護者の氏名には必ずふりがなを記入してください。
 2 内は記入しないでください。
 3 申請者が署名する場合、押印は不要です。
 4 これまでの手帳と氏名・住所等が変わっている場合には様式第7号「療育手帳記載事項変更届書」もあわせて提出してください。
 5 再交付の理由が「1 手帳の紛失」の場合は、様式第9号「事実申立書」もあわせて提出してください。