

療育手帳再交付申請書

宮崎県知事 殿

年 月 日

申請者名 ㊟  
 本人との関係 ( )  
 手帳番号(中央・都城・延岡 第 号

療育手帳を [ 紛失したので  
破損したので  
その他 ( ) ] 次により再交付申請します。

\*該当するものを○で囲んでください。その他には、その理由を記入してください。

本人	氏名		生年月日 年 月 日	性別	男・女
	住所 (電話)			職業	
保護者	氏名		生年月日 年 月 日	続柄	
	住所 (電話)			職業	
* 判 定 の 記 録					
障がい の 程 度	(総合判定)	合併障がい (身体障がい 級)	判定年月日	年 月 日	
			次の判定年月	年 月	
			判定機関		

◎注意事項

- 1 申請者名は、手帳の再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。
- 2 本人及び保護者の氏名、住所にはかならずふりがなをつけてください。
- 3 \*印の欄は記入しないでください。