

様式第7号

療育手帳再交付申請書

宮崎県知事 殿

申請日 令和 年 月 日

申請者名

本人との関係 本人 保護者 ()

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。

(太枠内を記入)

*該当する項目にチェックをつけてください。その他には、その理由を記入してください。

本人	フリガナ				生年月日		
	氏名				<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	
	郵便番号	〒	—	電話	—	—	
	住所						
保護者	フリガナ				続柄		
	氏名						
	郵便番号	〒	—	電話	—	—	
	住所						
手帳番号	<input type="checkbox"/> 中央 <input type="checkbox"/> 都城 <input type="checkbox"/> 延岡 <input type="checkbox"/> 宮崎県 第 号						
交付日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日			前回判定日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
※市町村記入欄 記載事項変更 <input type="checkbox"/> 有 (下記を記入) <input type="checkbox"/> 無				旧管轄市町村			
本人	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号						
保護者	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号			<input type="checkbox"/> 続柄	<input type="checkbox"/> 保護者削除		

※申請者名は、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。

※個人番号は、手帳紛失時のみ記入してください。なお、個人番号を記入しない場合は本人確認

書類（顔写真入りのもの（個人番号カード・運転免許証等）1点若しくは顔写真のないもの（住民票・保険証等）2点）を提示してください。

※管轄市町村→旧管轄市町村（住所変更有の場合）→センター進達

管轄市町村名	管轄市町村受付印	旧管轄市町村受付印	判定機関受付印
東諸県郡綾町			