第2－2号様式

写　真
3㎝×4㎝
1枚
貼らずに
お持ちください

療育手帳再交付申請書

令和　　年　　月　　日

（申請者）
住所　〒

氏名

三重県知事あて

本人との続柄
電話番号

療育手帳の再交付を受けたいので、次により申請します。

理由		障がい程度の確認　・　破損　・　紛失　・　写真交換　・　適用対象（取替）												
知的障がい者本人	フリガナ								生年月日	年　月　日				
	氏　名													
	住　所	〒　□申請者に同じ							電話番号					
	個人番号													
保護者	フリガナ								続　柄					
	氏　名													
	住　所	〒　□申請者に同じ							電話番号					
手帳番号			交付年月日						障がいの程度					

1．直近の判定についてご記入ください。
判定機関［・三重県障害者相談支援センター　・三重県（　　）児童相談所　・その他都道府県（　　）］　判定年月日〔昭・平・令　　年　　月　　日〕

2．施設等に入所していますか（グループホームを含む）
はい［連絡先（上記住所と違う場合）　名称　住所〒　電話番号］　・　いいえ

3．現在持っている療育手帳の記載事項に変更はありますか。
はい［氏名　・　保護者　・　住所　・　その他（　　）］　・　いいえ

4．特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。
はい　・　いいえ

所管市町	

◎個人番号チェック欄

□番号確認（番号が正しいか）	□本人確認（番号の正しい持ち主か）

※　判　定　の　記　録			
障がいの程度		判定年月日	
		次の判定年月	
		判定機関	

◎県受付欄

◎市町受付欄

注意事項
1．申請者氏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には必ずフリガナを付してください。
3．※の欄は記入しないでください。