療育手帳再交付申請書

年　　月　　日

（あて先）千葉市長

〒

申請者住所

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

療育手帳の再交付を受けたいので、写真を添えて次により申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 | 氏名 | フリガナ | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  | |  | |  |  |  | | |  |  | |  |  |
| 住所 | 〒  千葉市　　　　区 | | | | | | | | | | 連絡先℡ | （携帯電話など平日、日中の連絡先）  　　　－　　　－ | | | | | |
| 保護者 | 氏名 | フリガナ | | | | | | | | | | 続　　柄 | 本人から見て | | | | | |
| 住所 | □　本人と同じ（記入不要）  　 〒  千葉市　　　区 | | | | | | | | | | 連絡先℡ | （携帯電話など平日、日中の連絡先）  　　－　　　－ | | | | | |
| 連絡先電子メールアドレス　　□本人　　□保護者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＠ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手帳番号 | | 号 | | | | 交付  年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | 障害の  程　度 | | |  | | |
| 再　交　付　申　請　理　由  　　　１　紛失  　　　２　破損して使用できない。  　　　３　記載欄に余白がなくなった。  　　　４　写真の更新のため。  　　　５　新様式の手帳へ切り替えたい。  ６　その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| カバーの要不要　不要・ 要　＜理由：□未交付 □破損 □紛失 □その他（　 　　 ）＞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |