様式第５号（第６条関係）

**療育手帳再交付申請書**

　　　　　　　年　　月　　日

長崎県知事　様

|  |
| --- |
| **の　　り** |
| １年以内に撮影した縦４㎝×横３㎝で  上半身･脱帽・無背景  (耐久性のあるもの)  裏面に氏名を記載 |

療育手帳の再交付を下記のとおり申請します。

　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　印　（続柄　　　　　）

|  |
| --- |
| 記  ◇再交付理由（該当するものに○を）  １　紛失（　　　　年　　頃）  ２　破損  ３　汚損  　　４　記載欄に余白なし  ５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 療育手帳番号 | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | 障害程度 | | | |  | | | | **＊太枠の中を記入下さい。** | | | | | | |
| 本  人 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | 男  ・  女 | | 生 年 月 日 | | | | | | | | |
| 氏名 | 姓 | | | | | | | | | | | | | | 名 | | | | | | | | | |  | | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 個人番号 |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  |  | | |  | |  | | |  |  | |  |  |
| 住所 | 〒 | |  | | |  |  | | － | | |  |  | | | |  | |  | 電話（　　　　　）　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市  　　　　　　　　町 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設を利用中の場合 | | 施設名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保  護  者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | 続　柄 | | |
| 氏名 | 姓 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 名 | | | | | | | | |  | | |
| 住所 | 〒 | |  | | |  |  | | － | | |  |  | | | |  | |  | 電話（　　　　　）　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市  　　　　　　　　町 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 台帳管理 | | 市・町 | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付日 | 年　　月　　日 |

|  |
| --- |
| 通信欄： |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市支所受付印 | 市町受付印 | 県福祉事務所受付印 |
|  |  |  |