手帳受取場所

本 庁 ・( 　　　　 ) 支所

 〇で囲むか、記入ください。

（第４号様式）

療育手帳再交付申請書

鹿児島県知事

殿

年

月

日

申請者

下記の事由により療育手帳の再交付を受けたいので申請します。

記

１

再交付申請事由（具体的に）

２

既交付手帳記載事項

(1)

手

帳

番

号

第

号

(2)

氏

名

（保護者氏名

）

(3)

住

所

（保護者住所

）

(4)

個

人

番

号

（

）

(5)

交付年月日

日

月

年

(6)

障

害

程

度

（

）

(7)

次回判定日

年

月

日

(8)

判定機関名

（

）

注意事項 １．「個人番号」欄は，手帳紛失時のみ記入して下さい。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（住民票及び保険証等）２点）を提示して下さい。