

手帳受取場所
本庁・()支所
○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 年 月 日
- (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。