

(様式第4号)

市町受付印

療育手帳 更新 申請書
再交付

福井県総合福祉相談所長 様
福井県児童・女性相談所長 様
福井県嶺南振興局敦賀児童相談所長 様

年 月 日

申請者

(18歳未満は保護者名、18歳以上は本人名)

療育手帳の更新(再交付)を受けたいので、次により申請します。

知的障がい児者本人	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 (才)			
	個人番号						
	住所	〒 -		電話	() -		
			学校名および学年・勤務先・利用福祉サービス等				

保護者	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 (才)	続柄	
	住所	〒 -		電話	() -	
			勤務先			

手帳番号	福井県第 号	更新理由	1. 次期判定年月到来 2. その他 ()
交付年月日	年 月 日交付		
再交付理由	1.紛失 2.破損 3.汚損 4.写真貼替 5. その他 ()		本体 (要・不要) カバー (要・不要)
他の手帳の所持の有無	1.なし 2.身体障害者手帳 (種 級 障がい名) 有効期限: 3.精神保健福祉手帳 (級 障がい名) 有効期限:		

以下は市町担当者が記載

添付書類	<input type="checkbox"/> 相談記録票 <input type="checkbox"/> 成績証明書 <input type="checkbox"/> 写真 (4cm×3cm) <input type="checkbox"/> 身障手帳等の写し <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 診断書)
判定予約日	<input type="checkbox"/> 有 (年 月 日 時 分) (場所:) <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 書類判定 <input type="checkbox"/> 本人から予約 <input type="checkbox"/> その他 ()) * 日中連絡が取れる連絡先 (携帯等):
個人番号	提出者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人・代理権確認 [例: 戸籍謄本、委任状、本人の番号カード等]
	番号確認 <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知書 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 ()
	提出者 (本人/代理人) 身元確認 <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()