

交 付
療育手帳 再判定 申請書

再交付

年 月 日

千葉県知事

様

〒 ー

申請者 住所 _____

氏名 _____

療育手帳の [交付・再判定・再交付] を受けたいので申請します。

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|-----|--|--|---|--|------------|---------------|---------------|--|--|--|--|
| 本 人 | フリガナ | | | | | | 男 | 生年 | [大正・昭和・平成・令和] | | | | |
| | 氏名 | | | | | | 女 | 月 日 | 年 月 日生 (歳) | | | | |
| | 住所 | 〒 ー | | | | | 電話 (ー ー) | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| 保 護 者 | フリガナ | | | | 続 | | 生年 | [大正・昭和・平成・令和] | | | | | |
| | 氏名 | | | | 柄 | | 月 日 | 年 月 日生 (歳) | | | | | |
| | 住所 | 〒 ー | | | | | 電話 (ー ー) | | | | | | |
| (療育手帳所持者のみ記入) 手帳番号: 第 _____ 号 交付年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 前回の判定年月: _____ 年 _____ 月 障害の程度: _____ 判定機関: _____ 児童相談所・ _____ 障害者相談センター *千葉県以外で手帳の交付を受けた人は、申出書の提出により判定を省略できる場合があります。 | | | | | | | | | | | | | |
| (再交付申請の場合の記入) 再交付の理由 [①紛失 ②破損 ③その他 (_____)] | | | | | | | | | | | | | |
| (手帳以外の相談状況) *本人が18歳未満の方のみ記入してください。 1 _____ 児童相談所で _____ 年 _____ 月ごろ、判定を受けたことがある。 2 障害児・者等の施設に [入所・通所] している。 施設名 _____ 措置機関 _____ 児童相談所 3 特別児童扶養手当 [1級・2級] を受給している。 | | | | | | | | | | | | | |

※添付するもの…写真1枚(サイズ:縦4cm×横3cm)脱帽して、サングラス不可、上半身を写したもの。(申請者の申出により、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。)

写真の裏には 松戸市 氏名 生年月日 を記載してください。

注意事項

- 1 申請書の氏名は手帳の交付等を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
- 2 当該欄に必要事項を記入し、[] 内は該当の項目を○で囲んでください。

再交付

記入例

療育手帳 再判定 申請書

再交付 年 月 日

マンション・アパート名は住民票どおり記入してください
氏名の旧字体・略字は、戸籍どおり記入してください

〒 **271-8588**

申請者 住所 **松戸市根本387**

保護者がいる場合、
申請者は保護者と同じ人

**本人が18歳未満の場合、必ず
保護者欄を記入**

18歳以上の場合、保護者を記載し
ないことも可能です。
更新の方で保護者を削除する際は
『記載事項変更届』が必要です。

「再交付」に○

氏名 **松戸 太郎**

付・再判定 **再交付** を受けたので申請します。

| | | | | | | | | | | |
|-----|------|--------------------------------------|---|----------|----------------------|------------------------|-------------------------|---|---|---|
| 本人 | 氏名 | マツド ハナコ 松戸 花子 | | 男 | 生年 | [大正・昭和・平成・令和] | | | | |
| | 住所 | 271-8588 松戸市根本387-5 | | 女 | 年月日 | 00年00月00日生 (5歳) | | | | |
| | 個人番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 保護者 | フリガナ | マツド タロウ | | 続柄 | 父 | 生年 | [大正・昭和・平成・令和] | | | |
| | 氏名 | 松戸 太郎 | | 続柄 | 父 | 年月日 | 00年00月00日生 (70歳) | | | |
| | 住所 | 〒 - | | 電話 | 123-4567-8910 | | | | | |

本人欄に記入した電話番号が
手帳に記載されます

再交付の理由が「紛失」の
場合は、記入不要

同上

（のみ記入）手帳番号：第**12345**号 交付年月日： **00年00月00日**

前回の判定年月： **00年00月** 障害の程度： **Aの1**

判定機関： **柏** 児童相談所・ **障害者相談センター**

*千葉県以外で手帳の交付を受けた人は、申出書の提出により判定を省略できる場合があります。

(再交付申請の場合の記入)

再交付の理由 [①紛失 ②**破損** ③その他 ()]

(手帳以外の相談状況) *本人が18歳未満の方のみ記入してください。

1 **再交付の理由に○をつける** 児童相談所で **再交付の理由に○をつける** する、判定を受けたことがある。

2 障害児・者等の施設に [入所・通所] している。
施設名 _____ 措置機関 _____ 児童相談所 _____

- ①再交付は更新と異なり、現在お持ちの療育手帳の情報のまま再発行されます。
- ②療育手帳に記載されている『次の判定年月』を過ぎても更新手続きを行っていない場合、再交付申請を受付することはできません。
- ③再交付と同時に『氏名』『住所』『電話番号』『保護者』など、手帳の記載内容を変更する場合には、『記載事項変更届』も必要になります。