

療育手帳 1. 記載事項変更届
2. 再交付申請書

写真

〔再交付申請のみ〕
縦4cm×横3cm

写真は、裏に住所・氏
名を記入して封筒に
入れ、本書に添付し
てください。

熊本県知事 様

申 請 日 年 月 日

申請者氏名

次のとおり申請(届出)します。

療育手帳番号	熊本(県・市)第	号	本人氏名	生年月日	年 月 日
事由	1. 記載事項 変更	住 所	☐ 本人 ☐ 保護者 ☐ 本人及び保護者 管轄変更: 無 ・ 有(→) 町村・福祉事務所にて記入		
		氏 名	☐ 本人 ☐ 保護者 ☐ 本人及び保護者		
		その他	☐ 電話番号 ☐ その他()		
		変更日	年 月 日		
	2. 再交付	☐ 手帳紛失 ☐ 手帳破損、汚損 ☐ 記載欄余白不足 ☐ 表記変更	手帳表記(必ず選択してください) ☐ 療育手帳 ☐ 知的障害者福祉手帳(療育手帳)	次回判定年度 ____年度	

(注)次回判定年度に到達している場合は、併せて再判定申請をして下さい。

〔記載事項変更〕下記「変更前」欄をすべて記入し、「変更後」欄に変更事項のみ記入して下さい。

〔再交付申請〕下記「変更前」欄をすべて記入して下さい。(個人番号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点も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。)

		変 更 前										変 更 後										
本人	フリガナ																					
	氏 名																					
	()個人番号																					
	住 所	(〒 -)										(〒 -)										
	T E L	- -										- -										
	施設名称																					
保護者	フリガナ																					
	氏 名																					
	生 年 月 日	年 月 日																				
	住 所	(〒 -)										(〒 -)										
	T E L	- -										- -										
	続 柄																					

(町村・福祉事務所受付印)	(相談所受付印)
---------------	----------

市町村記入欄(手帳紛失時)	
個人番号の記入	☐ あり ☐ なし
(個人番号記入なしの場合) 本人確認書類	個人番号カード・運転免許証・健康保険証・住民票 その他()