様式２（第５条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市福祉事務所・町受付 | 県 | 受 | 付  |
|   |   |  |  |

療 育 手 帳 交 付 申 請 書

　　　　　　　　　　　　　　　　（□新規・□再交付）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□亡失□汚損□その他

 年 月 日

香 川 県 知 事 殿

申請者氏名

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本人 | ふ り が な  |   |
| 氏 名 |   |
| 生 年 月 日  |  年 月 日  |
| 住 所  |   |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電 話 番 号  |   |
| 保護者 | ふ り が な  |   | 続柄  |   |
| 氏 名 |   |
| 生 年 月 日  |  年 月 日  |
| 住 所  |   |
| 電 話 番 号  |   |

注　１ 申請者氏名は、療育手帳を受けようとする本人が18歳未満の場合は保護者氏名を、18歳以上の場合は本人又は保護者氏名を御記入ください。

２　本人の写真（申請前１年以内のものであって、脱帽し（申請者の申出により、県知事が、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）、上半身を撮影した縦４㎝×横３㎝のもの）を添付してください。

　　３　療育手帳には、保護者の電話番号が記載されます。ただし、保護者の電話番号が記載されていない場合、本人の電話番号が記載されます。

|  |  |
| --- | --- |
| 市町確認欄 | N）　　　　　A）　　　　　　B）　　　　　　S） |
| 障害福祉相談所確認欄 | C）　　　　　U）　　　　　　F）　　　　　　S） |
| 再交付 |  記載事項の変更 | □なし　　　本　人：□氏名　□住所　□電話番号保護者：□氏名　□住所　□電話番号　　　　　　その他：□保護者の変更　□保護者なしに変更□あり　　　　　　　 |
| 援護の実施市町の変更 | □なし　　　□あり（　　　　　→　　　　　） |