

※マイナンバー（個人番号）の連携を希望します。

別紙様式 2

交 付
療 育 手 帳 再 判 定 申 請 書
再 交 付

年 月 日

千葉県知事 様

〒 -

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 氏 名						男 女	生年 月 日	年 月 日生 () 歳							
	住 所	〒 - 電話 (- -)														
		個 人 番 号														
保護者	フリガナ 氏 名						続柄	生年 月 日	年 月 日生 () 歳							
	住 所	〒 - 電話 (- -)														
(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・者等施設に〔入所・通所〕をしている。 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分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、市町村名、氏名、生年月日を記載してください。

注意事項

- 申請書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。
- 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。