

療育手帳再交付申請書											
和歌山県知事 様					年 月 日						
					申請者氏名 _____						
療育手帳の再交付を受けたいので、次により申請します。											
本人	フリガナ					生 年 月 日	年 月 日 (満 歳)	性別			
	氏 名	姓			名					男	
	個人番号										女
住 所	〒□□□□ - □□□□										
	電話番号 ☎										
保護者	フリガナ					生 年 月 日	年 月 日 (満 歳)	続柄			
	氏 名	姓			名					続柄	
	住 所		〒□□□□ - □□□□								
電話番号		☎									
手帳	和歌山・ 第 _____ 号				障害の 程 度						
年 月 日交付											
再交付理由	該当する項目の番号を○で囲んでください。 また、4の場合は( )内にその理由も併せてご記入ください。										
	1 記載事項に余白がなくなった。 2 破損した。 3 紛失した。 4 その他 ( _____ )										
備 考											

(注意事項)

- 1 申請者氏名には、本人又は保護者氏名を記入してください。
- 2 本人又は保護者の氏名・住所に変更のある場合は、変更届も一緒に提出してください。
- 3 写真1枚(横2.5cm × 縦3cm (正面、帽子を被らず、上半身を写したもの)を添付してください。  
※例外として、申請者の申出により、都道府県知事が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覆うことを認める場合を除く。
- 4 破損、汚損又は記載欄に余白がなくなったとき等に係る再交付申請にあつては、個人番号の記載は不要、当該療育手帳を添えて行ってください。
- 5 紛失した場合に係る再交付申請にあつては、運転免許証その他「療育手帳制度の実施について」(昭和48年9月27日児発第725号厚生省児童家庭局長通知)に定める書類により本人確認ができた場合は、申請書への個人番号の記載は不要です。

受 付 印	
県	市町村