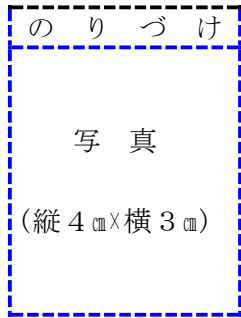


療育手帳交付等申請書

奈良県知事 殿

年 月 日

本人又は保護者



療育手帳について、下記のとおり申請（変更届等）します。

申請（届出）事項

1. 新規交付申請	2. 再交付申請	3. 本人氏名変更	4. 本人住所変更
5. 保護者氏名変更	6. 保護者住所変更	7. 返還	

共通事項

本人	ふりかな 氏名		性別	男・女	生年月日 昭平令 年 月 日
	住所				電話番号
保護者	ふりかな 氏名		続柄		生年月日 昭平令 年 月 日
	住所				電話番号

1.	現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所等で診断判定を受けましたか。 はい（相談年月 月 日 : 相談所名 〇〇）	いいえ
2.	施設等に入所していますか。 はい（施設等の名称 〇〇）	いいえ
3.	身体障害者手帳を持っていますか。 はい（手帳番号 〇〇 : 障害種別 〇〇 : 等級 〇級）	いいえ

再交付・変更・返還申請の方は該当箇所に記入してください。

手帳	手帳番号 〇〇 号	障 害 程 度	A1・A2	判定年月日 年 月 日
	年 月 日交付		B1・B2	次期判定年月日 年 月 日

(再交付理由)

1. 破れた 2. 汚れた 3. 紛失した 4. 記載事項に余白がなくなった
5. 障害程度が変わった 6. その他 ()

変 更 事 項	
変 更 後 (新 事 項)	変 更 前 (旧 事 項)
本人氏名	
本人住所	
保護者氏名	
保護者住所	
変更年月日	年 月 日
返還理由	