

# 療育手帳交付等申請書

奈良県知事 殿

年 月 日

のりつけ位置

写 真

縦4cm×横3cm

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(県外転入含む)	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(県外転出・非該当・死亡)	

共通事項

本人	ふりがな 氏名		性別 男・女	生年月日(*和暦を記入) 年 月 日
	個人番号			
	住所	電話番号		
保護者	ふりがな 氏名		続柄	生年月日(*和暦を記入) 年 月 日
	住所	電話番号		

- 現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所で判定を受けましたか。  
● はい(相談年月: 年 月 / 相談所名 )・ いいえ
- 施設等に入所又は通所していますか。  
● はい(□入所・□通所 施設名: )・ いいえ
- 身体障害者手帳を持っていますか。  
● はい(手帳番号 号:障害種別 :等級 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 号	障害程度	判定年月日	年 月 日	次期判定年月	年 月
	年 月 日交付	A1・A2 B1・B2	判定機関			
再交付	(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.新様式に作りかえ 7.その他( )					変更年月日 年 月 日
記載事項変更	※変更前の事項をご記入ください。					変更年月日 年 月 日
	本人	氏名	住所	電話番号		
保護者	氏名	住所	電話番号			
返還	(返還理由) 1.県外転出(転出先住所 ) 2.非該当 3.死亡 4.その他( )					返還年月日 年 月 日

市町村記入欄

※本人を確認し、チェックのうえ、該当番号を○で囲むこと。

<input type="checkbox"/> 本人の個人番号の確認	1 個人番号カード 2 個人番号通知カード 3 その他( )
<input type="checkbox"/> 本人又は代理人の身元(実存)の確認	1 個人番号カード 2 障害者手帳 3 運転免許証 4 その他( )
<input type="checkbox"/> 代理人の申請の場合にあつては、代理権の確認	1 戸籍謄本(法定代理人の場合) 2 委任状(任意代理人の場合) 3 その他( )