

療育手帳再交付申請書

年 月 日

(宛先)
秋田県子ども・女性・障害者相談センター所長

申請者氏名 (※1) _____

療育手帳の再交付を受けたいので、次により申請します。
(該当する理由の番号を○(丸印)で囲んでください。)

- 1 破損又は記載欄に余白がなくなった。
- 2 紛失
- 3 その他 ()

(※2)
写 真
(4 cm × 3 cm)

仮止めして
ください。

療育手帳 番 号	第	号	個人番号 (※3) (マイナンバー)		
本 人	フリガナ			生年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏 名				
	住 所	〒 施設名 (※4) 電話番号			
保 護 者	フリガナ			続柄	
	氏 名				
	住 所	〒 電話番号			

- ※1 申請者氏名欄には、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の氏名を記入してください。
なお、本人が18歳未満である場合は、原則として保護者が申請してください
- ※2 写真は、申請前おおむね1年以内に撮影したものであって、縦4cm横3cmで脱帽して上半身を写したものとします(申請者の申出により、秋田県子ども・女性・障害者相談センター所長が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲内で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。)
- ※3 手帳の破損又は記載欄に余白がなくなった並びにその他の理由により申請する場合は、個人番号の記入は省略できます。
手帳の紛失により申請する場合は個人番号を記入しますが、申請の際に以下の書類(書類によって提示する数が異なります。)を提示し本人確認ができた場合に限り記入を省略すること
(裏面に続く)

ができます。

① 1 種類の提示

運転免許証、運転経歴証明書（交付年月日が平成24年4月1日以降のものに限る。）
旅券、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、在留カード又は特別永住証明書

② 2 種類の提示

国民健康保険、健康保険、船員保険、後期高齢者医療若しくは介護保険の被保険者証、
健康保険日雇特例被保険者手帳（健康保険印紙を貼り付けるべき余白があるものに限る。）
、国家公務員共済組合若しくは地方公務員共済組合の組合員証（被扶養者証を含む。）
、私立学校教職員共済制度の加入者証（被扶養者証を含む。）
、国民年金手帳、児童扶養手当証書又は特別児童扶養手当証書

※4 施設に入所している場合は、施設名を記入してください。また、本人の電話番号は保護者と異なる場合のみ記載してください。

	市福祉事務所・町村	子ども・女性・障害者 相談センター
収 受 印 欄		
進 達	年 月 日	