

療育手帳更新（再交付）申請書

令和 年 月 日

富山県知事 殿

申請者

療育手帳の再判定（再交付）を受けたいので、富山県療育手帳交付要綱第6条第3項（第8条）の規定により申請いたします。

本人	フリガナ 氏名											生 年 月 日	昭和・平成・令和					
	フリガナ 住所												年 月 日					
	個人番号																	
保護者	フリガナ 氏名											生 年 月 日	昭和・平成・令和		続 柄			
	フリガナ 住所												年 月 日					
再 判 定	(旧手帳番号) 富山県 第 号											備 考						
	(交付年月日) 年 月 日																	
再 交 付	(旧手帳番号) 富山県 第 号											理 由	1 紛失 2 破損					
	(交付年月日) 年 月 日												3 汚損 4 記載欄余白なし					
※ 判 定 の 記 録																		
障 害 の 程 度	(総 合 判 定)					合 併 障 害 (身体障害 級)						判 定 年 月 日						
												次 の 判 定 年 月						
												判 定 機 関						

(注意事項)

- 1 申請者氏名は、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。（ただし、施設入所者の再判定申請は、施設長でもよい。）
- 2 本人及び保護者の氏名、住所には、必ずフリガナを付してください。
- 3 ※の欄は、記入しないでください。
- 4 再判定申請時には、交付済みの手帳を添えてください。