

療育手帳 1. 記載事項変更届 2. 再交付申請書

写真
 [再交付申請のみ]
 縦4cm×横3cm

写真は、裏に住所・氏名を記入して封筒に入れ、本書に添付してください。

熊本県知事 様

申請日 年 月 日

申請者氏名 _____

次のとおり申請(届出)します。

療育手帳番号	熊本(県・市)第	号	本人氏名	生年月日	年 月 日	
事由	1. 記載事項 変更	住所	本人 管轄変更: 無・有()	保護者	本人及び保護者	
		氏名	本人	保護者	本人及び保護者	
		その他	電話番号 その他()			
		変更日	年 月 日			
2. 再交付	手帳紛失 手帳破損、汚損 記載欄余白不足 表記変更		手帳表記(必ず選択してください) 療育手帳 知的障害者福祉手帳(療育手帳)		次回判定年度 ____年度	

(注) 次回判定年度に到達している場合は、併せて再判定申請をして下さい。

[記載事項変更] 下記「変更前」欄をすべて記入し、「変更後」欄に変更事項のみ記入して下さい。

[再交付申請] 下記「変更前」欄をすべて記入して下さい。(個人番号は手帳紛失時のみ記入して下さい。なお、個人番号を記入しない場合は本人確認書類(顔写真入りのもの(個人番号カード・運転免許証等)1点もしくは顔写真のないもの(住民票及び保険証等)2点を提示して下さい。)

		変 更 前	変 更 後
本人	フリガナ		
	氏 名		
	()個人番号		
	住 所	(〒 -)	(〒 -)
	T E L	- -	- -
	施設名称		
保 護 者	フリガナ		
	氏 名		
	生 年 月 日	年 月 日	
	住 所	(〒 -)	(〒 -)
	T E L	- -	- -
	続 柄		

(町村・福祉事務所受付印)	(相談所受付印)
---------------	----------

市町村記入欄(手帳紛失時)	
個人番号の記入	あり なし
(個人番号記入なしの場合)本人確認書類	個人番号カード・運転免許証・健康保険証・住民票 その他()