

| 療育手帳再交付申請書                 |                                                                                                                 |           |  |  |       |  |                                                                                   |      |                |          |                |    |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--|--|-------|--|-----------------------------------------------------------------------------------|------|----------------|----------|----------------|----|
| 和歌山県知事 様                   |                                                                                                                 |           |  |  | 年 月 日 |  |                                                                                   |      |                |          |                |    |
| 申請者氏名                      |                                                                                                                 |           |  |  | 印     |  |                                                                                   |      |                |          |                |    |
| 療育手帳の再交付を受けたいので、次により申請します。 |                                                                                                                 |           |  |  |       |  |                                                                                   |      |                |          |                |    |
| 本人                         | フリガナ                                                                                                            |           |  |  |       |  |                                                                                   | 生年月日 | 明治<br>昭和<br>令和 | 大正<br>平成 | 性別             |    |
|                            | 氏名                                                                                                              | 姓         |  |  | 名     |  |                                                                                   |      |                |          |                |    |
|                            | 住所                                                                                                              | 〒□□□-□□□□ |  |  |       |  |                                                                                   |      |                |          | 年 月 日<br>(満 歳) | 男女 |
|                            | 電話番号                                                                                                            | ☎ ( )     |  |  |       |  |                                                                                   |      |                |          |                |    |
| 保護者                        | フリガナ                                                                                                            |           |  |  |       |  |                                                                                   | 生年月日 | 明治<br>昭和<br>令和 | 大正<br>平成 | 続柄             |    |
|                            | 氏名                                                                                                              | 姓         |  |  | 名     |  |                                                                                   |      |                |          |                |    |
|                            | 住所                                                                                                              | 〒□□□-□□□□ |  |  |       |  |                                                                                   |      |                |          | 年 月 日<br>(満 歳) |    |
|                            | 電話番号                                                                                                            | ☎ ( )     |  |  |       |  |                                                                                   |      |                |          |                |    |
| 手帳                         | 和歌山・ 第 号<br>年 月 日交付                                                                                             |           |  |  |       |  | 障害の<br>程 度                                                                        |      |                |          |                |    |
| 再交付理由                      | 該当する項目の番号を○で囲んでください。<br>また、4 の場合は ( ) 内にその理由も併せてご記入ください。<br>1 記載事項に余白がなくなった。<br>2 破損した。<br>3 紛失した。<br>4 その他 ( ) |           |  |  |       |  |                                                                                   |      |                |          |                |    |
| 参考                         | 身体障害者手帳を持っていますか。                                                                                                |           |  |  |       |  | <input type="checkbox"/> はい<br>(手帳番号)<br>和歌山・ 第 号<br><input type="checkbox"/> いいえ |      |                |          |                |    |
| 備考                         |                                                                                                                 |           |  |  |       |  |                                                                                   |      |                |          |                |    |

- (注意事項)
- 1 申請者氏名には、本人又は保護者氏名を記入してください。
  - 2 申請者（本人又は保護者）は、記名押印に代えて署名することができます。
  - 3 本人又は保護者の氏名・住所に変更のある場合は、変更届も一緒に提出してください。

| 受 付 印 |     |
|-------|-----|
| 県     | 市町村 |
|       |     |