様式第２号

受　付

療　育　手　帳　更　新　申　請　書

令和　　年　　月　　日

徳　島　県　知　事　殿

申請者

療育手帳の更新を受けたいので申請します。

交付番号		徳島県第　　号	交付年月日	昭和 平成 令和	年　月　日		
本人	氏名	ふりがな	生年月日	大 昭 平 令	年　月　日	性別	男・女
	住所	〒 （電話　　）					
個人番号							
保護者	氏名	ふりがな	生年月日	大 昭 平 令	年　月　日	続柄	
	住所	〒 （電話　　）					
連絡先	□本人　□保護者 □その他 ［氏名：　　本人との続柄：　　電話番号： 住所：〒］						
参考事項	1　施設等に入所していますか。　はい・いいえ はいの場合（施設等の名称） 2　障がいを支給要件とする年金又は手当を受給していますか。　はい・いいえ はいの場合（年金等の種類） ①　特別児童扶養手当　②　障害基礎年金 ③　特別障害者手当　④　障害児福祉手当 ⑤　その他（　　）						

※再判定結果	障がい者の程度（総合判定）		合併障がい		参考事項
	前回		［身体障害者手帳　第　　号 種　　級］		
	今回		今回の判定年月日		所轄福祉事務所
			次の判定年月日		
			判定機関		

※太枠内は申請時にご記入下さい。