様式第２号

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 年　　　月　 　日 令和 |
|  本 人 |  氏 名 | ふりがな |  生 年 月日 |  大  昭 　　 年 　月 日平 令 | 性別 | 男・女 |
|  |
|  住 所 | 〒（電話　　　　　　　　） | 職業 |  |
| 個人番号 |  |
|   保 護 者 |  氏 名 | ふりがな | 生 年 月 日 |  大  昭 　　 年　 月　 日 平  令 | 続柄 |  |
|  |
|  住 所 | 〒（電話　　　　　　　　） | 職業 |  |
|  連 絡 先 | □本人　　□保護者□その他 氏名：　　　 本人との間柄： 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） |
|  ※ 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 |
| 　 身体障害手帳　　第　　　　号　 種 級 |
|  前  回 |  |
| 今回判定年月日 |  | 所 管 福 祉 事 務 所 |
|  今 回 |  |
| 次の判定年月日 |  |  |
| 判　定　機　関 |  |