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 | |  | | | |