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 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　　）				職業	
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　　）				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
	前回		〔身体障害手帳　第　号 種　級〕		
	今回		今回判定年月日		所管福祉事務所
			次の判定年月日		
			判定機関		