

療育手帳再交付申請書

令和 年 月 日

茨城県知事 殿

申請者

のりつけ

写真
(裏に市町村名と氏名を記入して下さい。)
写真については下記のとおり

| | |
|-------|--|
| 3 | 1 |
| 再交付理由 | 2 1紛失 2 2棄損 2 3記載欄余白なし 2 4その他 () |

| | | | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|-------|---|---|---|-------|
| 手帳番号 | 0 | 8 | 第 | 号 | 交付年月日 | 年 | 月 | 日 | 障害の程度 |
|------|---|---|---|---|-------|---|---|---|-------|

| | | | | | | | | | | | |
|----|---|-----|--|---|--|----|--|------|------|--------------------------|---|
| 本人 | フリガナ | | | | | | | 生年月日 | 3 昭和 | 4 平成 | |
| | 氏名 | | | | | | | | 5 令和 | 年 | 月 |
| | 住所 | 茨城県 | | 市 | | 郡 | | | | | |
| | 電話番号 | - | | - | | 職業 | | | 性別 | 男・女 | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | |
| | マイナンバー制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方は所在につながる情報を秘匿できます。マイナンバーカードをDV・虐待等の加害者が所有している場合、加害者が法定代理人である場合、マイナポータルで加害者を代理人設定している場合は、右のボックスにチェックを入れてください。チェックの有無の情報は上記の所在につながる情報を秘匿するためにもみ使用します。 | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | | | | | | | |
|------|----------|------|----|-----|----|---|--|------|------|------|
| 保護者 | フリガナ | | | | | | | 生年月日 | 3 昭和 | 4 平成 |
| | 氏名 | | | | | | | | 年 | 月 |
| | 本人との同居状況 | 1 同居 | 住所 | 茨城県 | | 市 | | | | |
| | | 2 別居 | | | | 郡 | | | | |
| 電話番号 | - | | - | | 職業 | | | 続柄 | | |

| | |
|------|--|
| 参考事項 | 1 前回はこの児童相談所又は福祉相談センター等で診断、判定を受けましたか。 1 受けている O 受けていない 受けている場合 (相談所等の名称と相談年月) |
| | 2 施設等に入所していますか。 1 はい O いいえ はいの場合 (施設等の名称) |
| | 3 特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。 1 はい O いいえ |

| | | | | | |
|------------------|-----------|--|--|--|--|
| ※1 市町村 記入欄 | 新管轄市町村コード | | | | |
| | 本人 | | | | |
| | 新市町村コード | | | | |
| | 保護者 | | | | |
| | 新市町村コード | | | | |
| ※2 県記入欄 | 施設コード | | | | |

| | |
|-------|-------|
| 市町村受付 | 県 受 付 |
| . . | . . |

注意事項：・※印の欄は記入しないで下さい。・写真は縦4cm 横3cmで脱帽して上半身を写したものであること。ただし、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆う場合を除く。