

本人写真
4×3cm
一枚目にのみ 添付

療育手帳更新申請書

年 月 日

堺市長 殿

郵便番号

住 所

申請者氏名

本人との続柄

堺市療育手帳に関する要綱第9条第2項において準用する第4条第1項の規定により療育手帳の更新を申請します。

療育手帳番号	第 号
--------	-----

本人	フリガナ氏名						生年月日	年 月 日
	住 所						電話番号	
	個人番号							
保護者	フリガナ氏名						続 柄	
	住 所						電話番号	
身体障害者手帳	有無	等級	級	障害名				
前回の判定	総合判定	判定年月日		年 月 日				
		判定機関						

判定の記録	総合判定	1. A 2. B1 3. B2 4. 非該当
	判定年月日	年 月 日
	次の判定年月	年 月

注意 申請者氏名は、手帳の交付を受けようとする本人又はその保護者（知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）第15条の2第1項に規定する保護者をいう。）の氏名を記入してください。