

本人写真 4×3cm 一枚目にのみ 添付

療育手帳再交付申請書

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11条第1項の規定により、療育手帳の再交付を申請します。

療育手帳番号	第 号
--------	-----

本人氏名	
生年月日	
個人番号	

再交付理由	<input type="checkbox"/> 亡失したため <input type="checkbox"/> 毀損し使用に堪えなくなったため
-------	---

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。
- 療育手帳が毀損したため再交付を申請する場合は、毀損した療育手帳を添付してください。このとき、個人番号の記載は不要です。
- 療育手帳を亡失したため再交付を申請する場合は、個人番号を記載してください。なお、本人確認書類の提示があれば、個人番号の記載は不要です。