

療育手帳更新（再交付）申請書

令和 年 月 日

富山県知事 殿

申請者

療育手帳の再判定（再交付）を受けたいので、富山県療育手帳交付要綱第6条第3項（第8条）の規定により申請いたします。

本人	個人番号															昭和・平成・令和 生年月日 年 月 日
	ふりがな氏名															
	ふりがな住所															
(電話)																

保護者	ふりがな氏名													昭和・平成・令和 生年月日 年 月 日	続柄
	ふりがな住所														
(電話)															

再判定	(旧手帳番号) 富山県 第 号	備考
	(交付年月日) 年 月 日	

再交付	(旧手帳番号) 富山県 第 号	理由	1 紛失	2 破損
	(交付年月日) 年 月 日		3 汚損	4 記載欄余白なし

※ 判 定 の 記 録				
障害の程度	(総 合 判 定)	合併障害 (身体障害 級)	判 定 年 月 日	
			次の判定年月	
			判 定 機 関	

(注意事項)

- 1 申請者氏名は手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の氏名を記入してください。
(ただし、施設入所者の再判定申請は、施設長でもよい。)
- 2 本人及び保護者の氏名、住所には、必ずふりがなを付してください。
- 3 ※の欄は、記入しないでください。
- 4 再判定申請時には、交付済みの手帳を添えてください。