

療育手帳交付等申請（届出）書

申請日 年 月 日

（あて先）福岡市長

下記のとおり申請（届出）します。

（新規交付・再交付の方のみ）

交付対象者	フリガナ				のり (写真) 3cm x 4cm 胸から上 脱帽 最近1年以内 のもの
	氏名				
	生年月日	年齢	歳		
	居住地	(方書) 様方			
学生であるか	はい	いいえ			

保護者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	続柄		
	居住地	(方書) 様方		

連絡先	電話番号	本人・その他（続柄）		
	区分	1. 本人	2. 保護者	3. その他
	フリガナ			
	氏名			
住所	(方書) 様方			

交付内容	療育手帳	手帳番号	第 号	障がいの程度	
	身障手帳	手帳番号	第 号	再交付日	年 月 日
		等級	級	種別	種
		障がい名 障がい部位			

申請の理由 (でかこんでください)	新規 再交付 転入 変更 その他()
----------------------	---------------------

再交付の理由 (でかこんでください)	紛失 破損 その他()
-----------------------	--------------

区分 (でかこんでください)	変更前(旧)	変更後(新)
居住地		
氏名		
その他		

(処理：台帳 索引 手帳 通知) (受付印)