

療育手帳交付等申請(届出)書

申請日 年 月 日

(あて先) 福祉事務所長

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					
	氏名					印
	押印に代えて署名することができます。					
	生年月日	年	月	日	年齢	歳
居住地	〒					様方
学生であるか		はい		いいえ		

のり
(写真)
3. 5cm × 2. 5cm
m
胸から上
脱帽
最近1年以内のもの

保護者	フリガナ		
	氏名		印
	押印に代えて署名することができます。		
	生年月日	続柄	
居住地	(方書)		様方

連絡先	電話番号	(自宅・呼び出し・勤務先)		
	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	福岡市	第	号	障害の程度	
	身障手帳	手帳番号		第	号	再交付日	
		等級			級	種別	
		障害名					
	障害部位						

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		