

新規申請記載例

写真貼付

交付・再交付のみ  
(4cm×3cm)

療育手帳 [ 交付・再交付 ] 申請書

療育手帳 [ 記載事項変更・返還 ] 届

令和〇年 〇月 〇日

※写真は貼らずに  
持参してください

宮城県知事殿

申請(届出)者 多賀城 太郎(印)

(記名押印又は署名)

- 1 療育手帳の交付を受けたいので、次により申請します。
- 2 療育手帳の再交付を受けたいので、次により申請します。
- 3 下記のとおり変更がありました。項目( )
- 4 次により療育手帳を返還します。

※申請(届出)者は、上記番号のいずれかを○で囲んだ後、太枠のみ記入してください。

手帳番号	交付年月日 年 月 日	管轄市町村	理由について○で囲んでください。(記載事項変更時は不要)			
			返 還	再交付	交 付	その他
↑交付申請の場合は空欄(右詰で記入してください。)		【確認欄】受付者氏名	転居 死亡 自主的に返還 再判定で非該当	紛失 破損 記載欄余白なし 写真変更	新規 転入	
【本人】		TEL ( )				

氏名	フリガナ 多賀城 あやめ	平成〇年 〇月 〇日生
個人番号	0000000000000000	

※死亡による返還の場合のみ、個人番号の記入は不要です。

郵便番号	〒985-8531 ※必ず記入してください。	電話番号	●●● (○○○) △△△△
現住所	多賀城市中央二丁目1-1		

【保護者】

氏名	フリガナ 多賀城 太郎	本人との関係	父
----	-------------	--------	---

※現住所については、本人と異なる場合のみ記入してください。

郵便番号	〒985-8531 ※必ず記入してください。	電話番号	●●● (○○○) △△△△
現住所			

障害の程度	合併障害	判定年月日	次回判定要否	次の判定年月日	施行年月日
		年 月 日	要・不要	年 月	年 月 日

(参考事項)

1 現在までに児童相談所又はリハビリテーション支援センターで診断・判定を受けましたか。  
はい( ) 〇年〇月頃・いいえ

2 施設等に入室していますか。  
はい( ) いいえ  
はいの場合(施設等の名称)

3 特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。  
はい( ) 1級・2級・いいえ

(判定機関名)

第 年 月 日

上記のとおり療育手帳について申請(届出)があったので、

宮城県知事殿

印

※必ず裏面の「個人番号確認シート」を市町村担当者が記入の上、進達してください。

