再交付時確認事項		有	無
自動車税減免	普		
	軽		
有料道路			
福祉ﾀｸｼｰ助成券　　年度			

手帳の交付希望場所に〇つけてください。
本庁・一宮・音羽・御津・小坂井
※記載がない場合は、本庁の交付とします。

療 育 手 帳 再 交 付 申 請 書

令和　年　月　日

愛知県東三河児童・障害者相談センター殿

（本人又は保護者氏名）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

療育手帳の再交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

豊川市社会福祉事務所経由

本人	個人番号													生　年　月　日	性　別
	フリガナ 氏　　名														
	フリガナ 住　　所	〒 TEL													
保護者	フリガナ 氏　　名													生　年　月　日	本人との続柄
	フリガナ 住　　所	〒 TEL													

施設入所	有・無	有の場合	施設名	

身体障害者手帳の有無		有の場合	第　　号	交付年月日	年　月　日
			障害名		種　　級

再交付の場合	療育手帳記号番号	第　　号
	交付年月日	年　月　日 交付
再交付理由等	理由	１．破れた　２．なくした　３．よごれた　４．その他（　　）
	手帳の利用ができなくなった日	年　月　日

（日本産業規格A列4番）