

経由機関名	市 町	進 達	年 第	月	日 号
療育手帳再交付申請書					
山口県知事 様			年 月 日		
申請者					
(続柄)					
(電話番号)					
療育手帳の再交付について、下記の理由により申請します。					
☐ 紛失 ☐ 記載欄余白なし ☐ 障害程度変更 ☐ き損 ☐ 写真変更 ☐ その他 ()					

<申請される方への注意事項>

1 申請者氏名は、手帳の交付を受けた本人又は保護者の方の氏名を記入してください。

2 太枠内のみボールペンで記入してください。

3 裏面に氏名を記入した写真 1 枚を添付してください。

写真は縦4cm、横3cmで脱帽して上半身を写したものであること（申請者の申出により、都道府県知事等が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。）

5 紛失の場合をのぞき、療育手帳の写しを添付してください。

6 療育手帳は、新しい手帳が再交付された後、返還届と一緒に提出してください。

※ 手帳カバー及び「療育・相談の記録」（冊子）は、どちらの形態でも交付します。

写真

市 町 確 認 事 項 (市町記入欄)			
療 育 手 帳 番 号	山口県 第 号		
療 育 手 帳 の 写 し	有 (基本情報+最新判定の記録) ・ 無		
有効期間残余の有無	有 無	→ 面接判定予定	→ 有 ・ 無
記載内容変更の有無 氏 名 (本人・保護者) 住 所 (本人・保護者) その他 (本人・保護者)	有 無	→ 記載内容変更届	→ 有 ・ 無

判 定 の 記 録 (相談所記入欄)					
障 害 程 度	(総合判定)	合 併 障 害	(身体障害 級)	判 定 年 月 日	年 月 日
				次回判定年月	年 月 無期限有効
				判 定 機 関	

