別記第５号様式

療育手帳　1．記載事項変更届
2．再交付申請書

写真
〔再交付申請のみ〕
縦4cm×横3cm

写真は、裏に住所・氏名を記入して封筒に入れ、本書に添付してください。

熊本県知事　様

申　請　日　　年　　月　　日

申請者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次のとおり申請（届出）します。

療育手帳番号	熊本（県・市）第　　号	本人氏名		生年月日	年　　月　　日

事由	1．記載事項変更	住　所	□ 本人　□ 保護者　□ 本人及び保護者 管轄変更：　無　・　有（　　→　　）※町村・福祉事務所にて記入		
		氏　名	□ 本人　□ 保護者　□ 本人及び保護者		
		その他	□ 電話番号 □ その他（　　）		
		変更日	年　　月　　日		
	2．再交付	□手帳紛失 □手帳破損、汚損 □記載欄余白不足 □表記変更	手帳表記（必ず選択してください） □療育手帳 □知的障害者福祉手帳（療育手帳）	次回判定年度 ＿＿＿年度	

（注）次回判定年度に到達している場合は、併せて再判定申請をして下さい。
〔記載事項変更〕下記「変更前」欄をすべて記入し、「変更後」欄に変更事項のみ記入して下さい。
〔再交付申請〕下記「変更前」欄をすべて記入して下さい。（※個人番号は手帳紛失時のみ記入して下さい。なお、個人番号を記入しない場合は本人確認書類（顔写真入りのもの（個人番号カード・運転免許証等）1点もしくは顔写真のないもの（住民票及び保険証等）2点を提示して下さい。）

		変　更　前	変　更　後
本人	フリガナ		
	氏　名		
	（※）個人番号		
	住　所	（〒　　－　　）	（〒　　－　　）
	ＴＥＬ	－　　－	－　　－
	施設名称		
保護者	フリガナ		
	氏　名		
	生年月日	年　　月　　日	
	住　所	（〒　　－　　）	（〒　　－　　）
	ＴＥＬ	－　　－	－　　－
	続　柄		

（町村・福祉事務所受付印）	（相談所受付印）

市町村記入欄（※手帳紛失時）	
個人番号の記入	□ あり　□なし
（個人番号記入なしの場合）本人確認書類	個人番号カード・運転免許証・健康保険証・住民票 その他（　　）