別記第５号様式

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。

**療育手帳　１．記載事項変更届**

**２．再交付申請書**

　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（　　　　　　　） |