様式第４号（第６条、第８条関係）

療育手帳更新（再交付）申請書

令和　　年　　月　　日

富山県知事　　殿

申請者

療育手帳の再判定（再交付）を受けたいので、富山県療育手帳交付要綱第６条第３項（第８条）の規定により申請いたします。

本人	個人番号		生年月日	昭和・平成・令和 年　　月　　日
	ふりがな 氏　名			
	ふりがな 住　所	（電話　　）		

保護者	ふりがな 氏　名		生年月日	昭和・平成・令和 年　　月　　日	続柄	
	ふりがな 住　所	（電話　　）				
再判定	（旧手帳番号）　富山県　第　　号		備考			
	（交付年月日）　　年　　月　　日					
再交付	（旧手帳番号）　富山県　第　　号		理由	１紛失　　２破損 ３汚損　　４記載欄余白なし		
	（交付年月日）　　年　　月　　日					

※　判　定　の　記　録

障害の程度	（総合判定）	合併障害	（身体障害　　級）	判定年月日	
				次の判定年月	
				判定機関	

（注意事項）

1　申請者氏名は手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の氏名を記入してください。
　（ただし、施設入所者の再判定申請は、施設長でもよい。）

2　本人及び保護者の氏名、住所には、必ずふりがなを付してください。

3　※の欄は、記入しないでください。

4　再判定申請時には、交付済みの手帳を添えてください。