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

熊本県知事 様

申　請　日　令和　年　月　日

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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。

次のとおり申請(届出)します。

療育手帳番号	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	令和　　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ください。

【再交付申請】下記「変更前」欄をすべて記入してください。（※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	ﾌﾘｶﾞﾅ		
	氏　　名		
	(※)個人番号		
	住　　所	(〒　　)	(〒　　－　　)
	ＴＥＬ		－　　－
	施設名称		
保護者	ﾌﾘｶﾞﾅ		
	氏　　名		
	生年月日	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（　　）