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　　印

（自筆又は記名押印）

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	
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。

		変　更　前	変　更　後
本人	フリガナ		
	氏　名		
	住　所	（〒　　－　　）	（〒　　－　　）
	ＴＥＬ	－　　－	－　　－
	施設名称		
保護者	フリガナ		
	氏　名		
	住　所	（〒　　－　　）	（〒　　－　　）
	ＴＥＬ	－　　－	－　　－
	続　柄		

（町村・福祉事務所受付印）	（相談所受付印）