

申 請 日	令和 年 月 日
申請者氏名	
続 柄	
連 絡 先	電話() ー

三重県知事 あて

※氏名・生年月日・住所・電話・続柄は太線内の内容のとおり手帳に表示されますので、正確に記入してください。

本人	個人番号																		
	フリガナ													生年月日	昭・平・令 年 月 日			性別	男・女
	氏 名																		
	住 所	〒 電話() -																	
保護者	フリガナ													続柄	配偶者・父・母・子・祖父・祖母 兄・弟・姉・妹・後見人 その他()				
	氏 名																		
	住 所	☐ 本人と同じ 〒 電話() -																	
1. 直近の判定についてご記入下さい。 判定機関 ・ 三重県障害者相談支援センター ・ 三重県()児童相談所 ・ その他都道府県() 判定年月日 [昭・平・令 年 月 日] 2. 施設等に入所していますか。(グループホームを含む) はい 連絡先 名称 (上記住所 住所 〒 と 電話番号 違う場合) ・ いいえ 3.(再交付申請の場合) 現在持っている療育手帳の記載事項に変更はありますか。 はい [氏名 ・ 保護者 ・ 住所 ・ その他()] ・ いいえ																			

再交付申請の場合	再交付理由 障がい程度の確認 ・ 破損 ・ 紛失 ・ 写真交換 ・ 適用対象(取替)	
現在持っている療育手帳の内容	三重県 第()号 (年 月 日交付)	障がいの程度(A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2) (年 月 日再交付)

所管市町	☐ 番号確認 (番号が正しいか) ☐ 本人確認 (番号の正しい持ち主か)
------	--

判 定 の 記 録			
障 が い 程 度		判定年月日	
		次の判定年月	
		判 定 機 関	

--

--