

18歳未満:保護者

18歳以上:本人 or 保護者

※保護者の場合は、下記の保護者欄の氏名と揃えてください。

旧の手帳と保護者が異なる場合は、「保護者の変更 あり」となります。

療育手帳交付申請書  
(新規・再交付)  
亡失汚損その他

令和4年 〇月 〇日

香川県知事 殿

申請者氏名 **高松 太郎**

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請します。

|     |      |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |
|-----|------|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|
| 本人  | ふりがな | たかまつ こたろう    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |
|     | 氏名   | 高松 小太郎       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |
|     | 生年月日 | 平成〇年〇月〇日     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |
|     | 住所   | 高松市〇〇町〇丁目〇番地 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |
|     | 個人番号 | 1            | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 | 2  | 3 |
|     | 電話番号 | 087-123-4567 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |
| 保護者 | ふりがな | たかまつ たろう     |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 続柄 | 父 |
|     | 氏名   | 高松 太郎        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |
|     | 生年月日 | 昭和〇年〇月〇日     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |
|     | 住所   | 高松市〇〇町〇丁目〇番地 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |
|     | 電話番号 | 090-123-4567 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |

療育手帳に印字された保護者

- 注 1 申請者氏名は、療育手帳を受けようとする本人が 18 歳未満の場合、本人又は保護者氏名を御記入ください。
- 2 本人の写真（申請前1年以内のものであって、脱帽し（申請者の申出により、県知事が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く）、上半身を撮影した縦4cm×横3cmのもの）を添付してください。
- 3 療育手帳には、保護者の電話番号が記載されます。ただし、保護者の電話番号が記載されていない場合、本人の電話番号が記載されます。

|                     |                     |  |    |    |  |
|---------------------|---------------------|--|----|----|--|
| 市 町 確 認 欄           | N)                  | A)   | B) | S) |  |
| 障 害 福 祉 相 談 所 確 認 欄 | C)                  | U)   | F) | S) |  |
| 再交付                 | 記載事項の変更             | <input type="checkbox"/> あり 本人： <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号<br>保護者： <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 電話番号<br>その他： <input type="checkbox"/> 保護者の変更 <input type="checkbox"/> 保護者なしに変更<br><input type="checkbox"/> なし |    |    |  |
|                     | 援 護 の 実 施 市 町 の 変 更 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( → )  |    |    |  |

|                          |                                |   |  |  |
|--------------------------|--------------------------------|---|--|--|
| 職 権                      | 窓口に来た人                         | <input type="checkbox"/> 障がい福祉課窓口 <input type="checkbox"/> ( ) 総合センター・支所 <input type="checkbox"/> 郵送              |  |  |
|                          | <input type="checkbox"/> 対象者本人 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード/住民票 <input type="checkbox"/> 身分証明書(写真付) / 公的証明書2点 |  |  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 代理人   | <input type="checkbox"/> 対象者本人の個人番号カード/通知カード/住民票(写しで可)  |  |  |
|                          | (保護者含む)                        | <input type="checkbox"/> 委任状/戸籍謄本/登記事項証明書/その他 <input type="checkbox"/> 代理人の身分証明書(写真付) / 公的証明書2点                   |  |  |