様式第２号（第４条、第７条、第８条、第９条関係）

（表）

写真貼付
交付・再交付のみ
（4cm×3cm）

□療育手帳［　交　付　・　再 交 付　］申請書

□療育手帳［　記載事項変更　・　返　還　］届

年　　月　　日

宮 城 県 知 事 殿

申請（届出）者＿＿＿＿＿＿＿＿（印）

（記名押印又は署名）

1 療育手帳の交付を受けたいので、次により申請します。　2 療育手帳の再交付を受けたいので、次により申請します。
3 下記のとおり変更がありました。項目（　　）　4 次により療育手帳を返還します。

※申請（届出）者は、上記番号のいずれかを○で囲んだ後、太枠のみ記入してください。

手帳番号	交付年月日	管轄市町村	理由について○で囲んでください。(記載事項変更時は不要)			
			返　還	再交付	交　付	その他
↑交付申請の場合は空欄（右詰で記入してください。）	年　月　日	【確認欄】受付者氏名 TEL　（　）	転居 死亡 自主的に返還 再判定で非該当	紛失 破損 記載欄余白なし 写真変更	新規 転入	

【本　人】

氏名	フリガナ	年　月　日生
個人番号		

※死亡による返還の場合のみ、個人番号の記入は不要です。

郵便番号	〒　－ ※必ず記入してください。	電話番号	（　）
現 住 所			

【保護者】

氏名	フリガナ	本人との関係

※現住所については、本人と異なる場合のみ記入してください。

郵便番号	〒　－ ※必ず記入してください。	電話番号	（　）
現 住 所			

障害の程度		合併障害		判定年月日	次回判定要否	次の判定年月日	施行年月日
				年　月　日	要・不要	年　月	年　月　日

（参考事項）
1　現在までに児童相談所又はリハビリテーション支援センターで診断・判定を受けましたか。
　はい(　　年　月頃)・いいえ

2　施設等に入所していますか。
　はい・いいえ
　はいの場合(施設等の名称)

3　特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。
　はい(1級・2級)・いいえ

（判定機関名）

第　　号
年　　月　　日

上記のとおり療育手帳について申請（届出）があったので、　　します。

宮 城 県 知 事　殿

白石市福祉事務所長　印

※必ず裏面の「個人番号確認シート」を市町村担当者が記入の上、進達してください。

（裏）

【市町村記入】　個人番号確認シート

※不備がある場合、県受付不可。　※本人死亡による返還届の場合のみ、以下記入不要。

1　申請方法及び申請者について、下の該当するものの□に✓を入れること。

(1)　申請方法　　☐ 対面　☐ 郵送　☐ オンライン　☐ 電話

(2)　申 請 者　　☐ 本人　☐ 代理人

2　個人番号の収集に用いた書類等について、下の該当するものの□に✓を入れること。

☐ 個人番号カード
☐ 旧通知カード ※現「個人番号通知書」は、個人番号を証する書類とはならないことに留意する。
☐ 個人番号が記載された住民票の写しまたは住民票記載事項証明書
☐ 住民基本台帳システム　※原則使用しないこと ※住民基本台帳システムを用いる場合は、下の全てに留意し、全ての□に✓を入れること。 ☐他の方法による番号確認が困難であると認められた、又は記載事項の不備として個人番号の記入を申請者に求めたが記入されなかった。 ☐ 氏名・生年月日・住所の3情報以上を用いて照会し、個人番号を収集した。
☐ その他 ※デジタル庁作成「本人確認の措置」を参照すること。 （　　）

3　身元確認で用いた書類等について、下の該当するものの□に✓を入れること。

☐ 個人番号カード
☐ 写真付き身分証明書（障害者手帳を含む）　… 1点
☐ 写真無し身分証明書または公的書類 …… 2点 1点目（　　）　2点目（　　）
☐ その他 ※デジタル庁作成「本人確認の措置」を参照すること。 （　　）

4　個人番号の収集が不可能である場合は、その理由を記入すること。

（　　）

市町村担当者　押印（サイン）欄

受付担当者	進達担当者