### 療育手帳記載事項変更届

令和 年 月 日

茨城県知事	殿

2 1		届 出 者												
療	手帳番号	0 8 第		号	生年月日	3昭和 4	平成 5令和	年	月	日				
育手	フリガナ													
帳の	氏 名													
情 報	変更年月日	平成・令和	年	月	日	変更理由								

1 本人の記載事項を変更する内容を記入願います。

		フリガナ												
	新氏名	氏 名												
		茨城県			市									
	新住所				郡									
本	旧住所	茨城県			市									
					郡									
人														
	新電話番号		_			_				職	業			
	個人番号													
	個人番号制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報(所在の都道府県名又は市町												チェック権	闌
	村名)を秘匿することが可能です。マイナンバーカードをDV・虐待等の加害者が所有している場合やマイナポータルにおいて加害者を 代理人設定している場合は、右のボックスにチェックを入れてください。											加害者を		]
		代理人設定している場合は、石のボックスにチェックを入れてください。 ※記入いただいた情報は、個人番号制度において上記情報を秘匿するためにのみ使用します。												

2 保護者の記載事項を変更する内容に○又は記入願います。

変更なしの場合は右を○で囲んでください。(・保護者の変更なし)

	1 保	護者の内容	容変更	2 保護者	か消滅(保護者	がいなくな	つた場合は、	、保護者の構	闌は空白に	する。)			
	deret b	フリガ	ナ						生年	3 昭和	14平成	Ž	
ļ	新氏名	氏名	1						月日		年	月	日
保	新住所	1 同居	茨场	<b></b>	市 郡								
護	利化工厂	2別居			·								
者	旧住所	茨城県		市 郡									
	111111//												
	続 柄			新電話番号	_		_		職業	<u> </u>			

3 該当する場合は記入願います。

9 17 19	30 H 10 HB 31 VIX. 01 7 0			
施設情報	(施設名)	に 入所	所 しました。 中 です。 所 しました。	
W 1	新管轄市町村コード		市町村受付	県 受 付
<b>※</b> 1	本人新市町村コード			
市町村記入欄	保護者新市町村コード			
※2県記入欄	施設コード		•	
注意事項	・※印の欄は記入しないで下さい。			

# 事 実 申 立 書

年 月 日

茨城県知事 殿				
		住所		
		氏名		
[申立文は申立者が自	1筆で記入すること。]			
1 手帳番号	都道府県	第		<u>号</u>
氏 名				
[申立人が手帳番号を	たたれたことにより、フ	<b>本人が記入でき</b> な	いときは、	市町村において記入して下さい。]
2 手帳を紛失し (手帳の紛失を知		年 月	日	
	日又は手帳の紛失を知っ に記入して下さい)	った日の状況		

#### 様式第 10 号

### 療育手帳再交付申請書

令和 年 月

かりづけ ///
写真
(裏に市町村名と
氏名を記入して下
さい。)

日

茨城県知事 殿

申請者

3	3	1														
	再	交付理由		21紛	失 2	2 2 棄損	23	記載欄余	白なし	24その	池	(			)	
手帕	長番号	号 0	8	第		号	交付名	年月日		年	月	日	障害の	程度		
	フ!	リガナ	l						I			件	3 昭和	4 平原	<b></b> 5	令
	氏	:名										生年月日	和			п
本	住	所	茨城県			市郡							年	• ,	月 ———	日
人	電話番号			_		_			職業				性別		男・女	Ţ
	個人	人番号														
															エツク	ァ欄 ] ]
	フ!	フリガナ 生 3昭和										3 昭和	4 平原	戈		
保	氏	:名									生年月日	年	. ,	月	日	
護者		人との 居状況	1 同居 2 別居	At ar												
	電記	話番号			l	ー 職業							続柄			
参考	1 前回はどこの児童相談所又は福祉相談センター等で診断、判定を受けましたか。 1 受けている O 受けていない 受けている場合 (相談所等の名称と相談年月) 2 施設等に入所していますか。 1 はい O いいえ															
事項	3			=当又は	設等の名詞 障害基礎 いいえ		受給して	います	<i>ζ</i> ι							
		新管	瞎市町村	コード					Ħ	町村受	付		ļ	見 受	付	
<u>市</u> 記	〔1 <u>町村</u> 入欄	保護新市	打村コー	F						•	•			•	•	
<b>*</b> 2	2 県畜	己入欄	施設コ	ード												

注意事項:・※印の欄は記入しないで下さい。・写真は縦4cm 横3cm で脱帽して上半身を写したものであること。ただし、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場合を除く。

# 療育手帳返還届

令和 年 月 日

茨城県知事	殿
	Æ∆
(/ \/\) / / / / / / / / / / / / / / / / /	" ><

								届出者							
4	1														
	返還	理由		5 1 死亡	5 2程度軽減			54その他(	,					)	
				•											
手帳	番号	О	8	第	号	交付年月日	3	年		月	日	障害の程	渡		
		フリ	ガナ					•			1		•		
本		氏	名												
		<i>}</i> →	FIC.	茨城県		市郡									
人		住 所										_			
		生年	月日	3昭和	4平成	5令和		年		月	E	性別	男	<del>]</del>	女
				<u>I</u>									I		
返還年月				年	月	日	l	区還市町村 受付年月日			4	年	月		日
		ļ					<u> </u>								
								市町村受付			県	是受付			
								•		-		•		•	