

3cm

4cm

写真
・脱帽・上半身
・原則として1年以内に撮影したもの
・写真はのりづけしないください。

療育手帳更新申請書

年 月 日

大阪府知事様

郵便番号
申請者 住所
氏名

本人との続柄
電話番号

大阪府療育手帳に関する規則第8条第2項において準用する同規則第3条第1項の規定により、療育手帳の更新を申請します。

療育手帳番号 大阪府第 号

本人	フリガナ											生年	大正昭和平成令和			年	月	日					
	氏名											年月日											
	住所	大阪府 市 町 郡 村										コード	2	7							電話番号	—	—
	個人番号																						

保護者	フリガナ											続柄										
	氏名											続柄										
	住所	大阪府 市 町 郡 村										コード	2	7							電話番号	—

身体障害者手帳	有	等	障害名										
	無	級	級										

前判回の判定	総合判定	判定年月日	年 月 日		
		判定機関			

判定の記録	総合判定	1 A	2 B 1	3 B 2	4 非該当（理由： ）
	判定年月日	年 月 日			
	次の判定年月	年 月			

(判定機関)

判定機関コード