



# 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

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	年	月	日
	氏名											年月日	昭和	年	月	日
	住所	大阪府	市	町								電話番号	-	-		
	個人番号	コード	2	7												

保護者	フリガナ											続柄				
	氏名											続柄				
	住所	大阪府	市	町								電話番号	-	-		

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

前判回の判定	総合判定	判定年月日	年	月	日
	判定	判定機関			

判定の記録	総合判定	1 A	2 B1	3 B2
	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

印