

療育手帳更新期間延長申請書

令和 年 月 日

奈良県知的障害者更生相談所長 殿

申請者氏名 _____ 印

下記のとおり、療育手帳の更新期間の延長を申請します。

本人氏名	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
本人住所	
保護者氏名	(続柄：)
保護者住所	
電話番号	(自宅) (携帯)
次の判定年月	令和 年 月
申請方法	いずれかに○をつけてください 来所 ・ 郵送 <u>(簡易書留 94円+320円=414円)</u>

- 療育手帳を必ず添付して下さい。
- 郵送での申請を希望する場合、必ず返信用封筒（切手 414 円貼付）を同封して下さい。
- 延長手続き後、次回判定期限内に再判定をご希望される場合は、更生相談所までご相談下さい。

送付先：奈良県知的障害者更生相談所
〒636-0393 磯城郡田原本町大字多722
TEL 0744-32-0210

※ 記入不要です。

手帳受領 確認欄	窓口受領日	令和 年 月 日
	受領者氏名	
郵便発送日	令和 年 月 日	