様式第５号（第８条第２項において準用する第３条関係）

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でください。

療育手帳更新申請書

令和　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	

本人	フリガナ 氏　名		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	
	住　所				
		コード		電話番号	

保護者	フリガナ 氏　名		続柄		
	住　所				
		コード		電話番号	

身体障害者手帳	有 無	等級		障害名	

前回の判定	総合判定		判定年月日	
			判定機関	

判定の記録	総合判定	1　A　　2　B1　　3　B2 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	

印

注：申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載してください。

（大阪府用）