様式第４号

療育手帳再交付申請書

兵 庫 県 知 事　　様

申請者　　加東　太郎　　印□

療育手帳の再交付を受けたいので、写真を添付して下記により申請します。

<table>
<tr><td rowspan="2">本
人</td><td>氏　名</td><td>加東　花子</td><td>男
・
女</td><td>大
昭
(平)　１０年　９月　８日生</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">〒６７３－１４９３
加東市社５０番地
（電話番号 0795 - 42－3301）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">保
護
者</td><td>氏　名</td><td>加東　太郎</td><td>続　柄</td><td>父</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">〒６７３－１４９３
加東市社５０番地
（電話番号　0795 - 42－3301）</td></tr>
<tr><td>手帳
番号</td><td colspan="2">兵 庫 県　１０９８７６　号</td><td colspan="2">平成　２３年　４月　５日交付</td></tr>
<tr><td>理
由</td><td colspan="4">紛失のため</td></tr>
</table>

注１　申請の時は、本人の写真（縦４cm×横３cm）を添付して下さい。
注２　住所、氏名、保護者に変更があった場合は、療育手帳変更（返還）届を併せて提出して下さい。