

療育手帳再交付申請書

(申請者)

住所 〒_____

氏名

本人との続柄 電話番号

本人	氏 名		生年月日	年 月 日
			性 別	男 ・ 女
	住 所	〒 (電話番号)		
保護者	氏 名		続 柄	
	住 所	〒 (電話番号)		
手帳番号	兵 庫 県 号		年 月 日交付	
理 由	☐ 紛失 ☐ き損 ☐ その他 ()			

注3 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。