

様式第4号

療育手帳再交付申請書

兵庫県知事様

(申請者)
住所 〒 673-1493
加東市社50番地
氏名 加東 太郎
本人との続柄 父 電話番号 0795-42-3301

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。

本人	氏名	加東 花子		生年月日	平成〇年 〇月 〇日	
				性別	男・女	
	住所	〒 ☑申請者に同じ (電話番号)				
保護者	氏名	加東 太郎		続柄	父	
	住所	〒 ☑申請者に同じ (電話番号)				
手帳番号	兵庫県 109876 号			平成〇年 〇月 〇日交付		
理由	☐ 紛失 ☐ き損 ☐ その他 ()					

該当する理由にチェックしてください。 受けている本人又は保護者の氏名を記入して

注2 申請の時は、本人の写真（縦4cm×横3cm）を添付して下さい。
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。