

別記様式7

経 由	経 由 機 関	受 付 年 月 日
	市町村名	年 月 日
	県福祉事務所名	年 月 日

療 育 手 帳 再 交 付 申 請 書

年 月 日

児 童 相 談 所 長 様
知的障害者更生相談所長 様

申請者

印

下記のとおり療育手帳の再交付を申請します。

記

フリガナ 本人氏名	
住 所	
手帳番号	
交付年月日	
申請理由	1 書換え 2 破損 3 紛失 4 その他（理由： ）

注1：申請理由は該当番号を○で囲んでください。

注2：書換え、破損の場合は手帳を添付してください。

注3：本人の写真（縦4cm横3cmで、脱帽して上半身を撮影）を1葉添付してください。