

様式7

療育手帳再交付申請書

西部福祉事務所長 様

療育手帳の再交付を受けたいので、下記により申請いたします。

平成 年 月 日

申請者

印

記

既交付手帳	交付番号		理由	1 破損した			
	交付年月日	年 月 日		2 紛失			
本人	氏名		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	性別	男・女
	住所	(電話)					
保護者	氏名		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	続柄	
	住所	(電話)					
備考							

注意事項

- 1 申請者氏名は、療育手帳の再交付を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
- 2 本人及び保護者の氏名にはかならずふりがなを付してください。
- 3 記名押印に代えて署名することができます。