

別記様式 7

経 由	経由機関	受付年月日
	市町村名 十日町市	年 月 日
	県地域福祉センター名	年 月 日

療 育 手 帳 再 交 付 申 請 書

年 月 日

南 魚 沼 児 童 相 談 所 長 様
南魚沼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 ()

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 4 cm 横 3 cm で、脱帽して上半身を撮影)を 1 葉添付してください。