

別記様式 7

写真添付  
縦 4×横 3cm  
1 枚(貼らずに)

| 経<br>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  
(手帳所持者との続柄 )

下記のとおり療育手帳の再交付を申請します。

記

|                    |                              |
|--------------------|------------------------------|
| ふ り が な<br>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 4 cm横 3 cm)を 1 葉添付してください。