療育手帳再交付申請書

兵庫県知事様

18歳未満は保護者名を記入
18歳以上は本人氏名を記入

(申請者)

住所 〒675-8501
加古川市加古川町北在家 2000 番地
氏名 加古川 太郎
本人との続柄 父 電話番号 079-421-2000

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	かこがわ はなこ 加古川 花子	生年月日	平成 20 年 6 月 15 日
			性別	男 ・ 女
	住所	〒 ☒ 申請者に同じ (電話番号)		
保護者	氏名	かこがわ たろう 加古川 太郎	続柄	父
	住所	〒 ☒ 申請者に同じ (電話番号)		
手帳番号	兵庫県 123456 号		H25 年 4 月 1 日交付	
理由	☒ 紛失 ☐ き損 ☐ その他 ()			

注1 申請者氏名欄には、手帳の交付を受けている本人又は保護者の氏名を記入してください。

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。