

別記様式 7

写真添付
縦 4×横 3cm
1 枚(貼らずに)

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 _____
(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 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。