

療育手帳再交付申請書

鳥取県中部総合事務所長 様

療育手帳の再交付を受けたいので、下記により申請します。

年 月 日

申請者

印

記

既 交 付 手 帳	交付番号	第	号	理 由	1 破損した					
	交付年月日	年	月		日	2 紛失 3 記載欄がなくなった。 4 障がいの程度の変更 5 その他				
本 人	ふりがな 氏名				生 年 月 日	明 治 大 正 昭 和 平 成 令 和	年	月	日	性 別
	住所	(電話)								
保 護 者	ふりがな 氏名				生 年 月 日	明 治 大 正 昭 和 平 成 令 和	年	月	日	続 柄
	住所	(電話)								
備 考										
<p>注意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 										