

療育手帳再交付申請書

和歌山県知事 様

年 月 日

申請者氏名

印

療育手帳の再交付を受けたいので、次により申請します。

本人	フリガナ			生年月日	明治昭和 大正平成 年 月 日 (満 歳)	性別
	氏名	姓	名			
	住所	〒□□□□-□□□□				女
保護者	フリガナ			生年月日	明治昭和 大正平成 年 月 日 (満 歳)	続柄
	氏名	姓	名			
	住所	〒□□□□-□□□□				
手帳	和歌山・ 第 号			障害の程度		
	年 月 日交付					
再交付理由	<p>該当する項目の番号を○で囲んでください。 また、4の場合は()内にその理由も併せてご記入ください。</p> <p>1 記載事項に余白がなくなった。 2 破損した。 3 紛失した。 4 その他 ()</p>					
参考	身体障害者手帳を持っていますか。			<input type="checkbox"/> はい (手帳番号) 和歌山・ 第 号 <input type="checkbox"/> いいえ		
備考						

(注意事項)

- 1 申請者氏名には、本人又は保護者氏名を記入してください。
- 2 申請者(本人又は保護者)は、記名押印に代えて署名することができます。
- 3 本人又は保護者の氏名・住所に変更のある場合は、変更届も一緒に提出してください。

受 付 印	
県	市町村