様式第５号（第６条関係）

療 育 手 帳 再 交 付 申 請 書

年　　月　　日

長崎県知事　様

療育手帳の再交付を下記のとおり申請します。

申請者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）

の　り
１年以内に撮影した 縦４㎝×横３㎝で 上半身･脱帽・無背景 (耐久性のあるもの) 裏面に氏名を記載

記

◇再交付理由（該当するものに○を）

１　紛失（　　年　　頃）
２　破損
３　汚損
４　記載欄に余白なし
５　その他（　　）

＊太枠の中を記入下さい。

療育手帳番号						障害程度								
本人	フリガナ					男・女	生年月日							
	氏名	姓		名			年　月　日							
	個人番号													
	住所	〒　　－　　電話（　　）　－ 市 町												
	施設を利用中の場合	施設名												

保護者	フリガナ			続　柄
	氏名	姓	名	
	住所	〒　　－　　電話（　　）　－ 市 町		
台帳管理	市・町			

再交付日	年　月　日

市支所受付印	台帳管理市町受付印	県福祉事務所受付印

通信欄：