

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 _____ 印 (続柄 _____)

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 (_____)

のり
1年以内に撮影した 縦4cm×横3cm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

療育手帳番号		障害程度		* 太枠の中を記入下さい。		
本人	フリガナ			男	生年月日	
	氏名	姓	名	・	昭和 平成	年 月 日
	個人番号			女		
	住所	〒	市	電話 ()	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	〒	市	電話 ()

台帳管理	市・町
------	-----

再交付日	年 月 日	市支所受付印	市町受付印	県福祉事務所受付印
------	-------	--------	-------	-----------

通信欄:

--	--	--