

様式第4号

療育手帳再交付申請書

兵庫県知事様

申請者 \_\_\_\_\_

療育手帳の再交付を受けたいので、写真を添付して下記により申請します。

本人	氏名		男・女	(和暦) 年 月 日生
	住所	〒 (電話番号)		
保護者	氏名		続柄	
	住所	〒 (電話番号)		
手帳番号	兵庫県第 号	年 月 日交付		
理由	該当する理由にチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

注1 申請の時は、本人の写真（縦4cm×横3cm）を添付してください。

注2 住所、氏名、保護者に変更があった場合は、療育手帳変更（返還）届を併せて提出してください。