

# 療育手帳再交付申請書

年 月 日

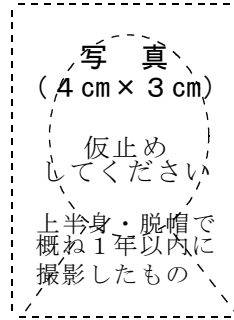
(あて先) 秋田県福祉相談センター所長

申請者氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

療育手帳の再交付を受けたいので、次により申請します。

再交付申請の理由

- 1 亡 失
- 2 破 損
- 3 その他 ( )



本人	フリガナ		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	氏 名			性 別	
	住 所	〒	電 話 番 号		
保護者	フリガナ		続 柄		
	氏 名			電 話 番 号	
	住 所	〒			
療育手帳番号		秋 田 県 第 号			

- ※1 申請者氏名欄には、手帳の交付を受けている本人又は保護者の方の氏名を記入してください。また、記名押印に代えて署名することができます。
- ※2 本人の電話番号は、保護者と異なる場合のみ記入してください。

第 号  
年 月 日

上記のとおり申請があったので進達する。

市福祉事務所長・町村長

(あて先) 秋田県福祉相談センター所長

(判定機関受付印) (市町村受付印)