

様式第4号

療育手帳再交付申請書

兵 庫 県 知 事 様

(申請者)

住所 下

氏名

本人との続柄 電話番号

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		生年月日	年 月 日
			性 別	男 ・ 女
	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 号		年 月 日交付	
理 由	☐ 紛失 ☐ き損 ☐ その他 ()			

注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氏名を記入してください。

注2 申請の時は、本人の写真（縦4cm×横3cm）を添付して下さい。

注3 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下さい。