

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	大昭平	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		号	年				月	日交付
理由									

注1 申請の時は、本人の写真（縦4cm×横3cm）を添付して下さい。

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下さい。