

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		
	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						

申請の時は、本人の写真（縦4cm×横3cm）を添付してください。