

様式第6号

療育手帳再交付申請書

年 月 日

愛媛県 児童相談所長
愛媛県知的障害者更生相談所長
福祉事務所長
町長] 様
] 経由

申請者 氏名 . . . 唯 . 印

次のとおり療育手帳の再交付を申請します。

交付番号		愛媛 知更相 第 号 児相	交付年月日		平成 年 月 日	
本人	氏名	愛媛花子	生 年 月 日	平成 年 月 日	性別	男 (女)
	住所	××市××町××番地			職業	なし
保護者	氏名	愛媛花子	生 年 月 日	昭和 年 月 日	続柄	父
	住所	××市××町××番地			職業	自営業
再交付申請 の理由		① 手帳をなくした。 2 手帳の記載欄に余白がなくなった。 3 その他 []				

注1 写真(縦4cm横3cm)を添付してください。

2 記名押印に代えて署名することができます。