

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 〕 経由
〔 町長 〕

申請者 氏名

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		年 月 日	
本人	氏名		生 年 月 日	年 月 日	性別	男・女
	住所				職業	
保護者	氏名		生 年 月 日	年 月 日	続柄	
	住所				職業	
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。

注2 記名押印に代えて署名することができます。