

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	大昭平令	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。