

療育手帳再交付申請書

年 月 日

愛媛県福祉総合支援センター所長 様

東温市福祉事務所長 経由

申請者 氏名

次のとおり療育手帳の再交付を申請します。

|              |   |      |       |       |       |    |     |
|--------------|---|------|-------|-------|-------|----|-----|
| 手帳番号         | 愛媛・知更相<br>中児相・福支<br>東児相・東支<br>南児相・南支<br>愛媛県 | 第 号  | 交付年月日 | 年 月 日 |       |    |     |
| 本人           | ふりがな<br>氏名                                  | 生年月日 |       |       | 年 月 日 | 性別 | 男・女 |
|              | 住所  | (電話) |       |       |       |    |     |
|              | 個人番号  |      |       |       |       |    |     |
| 保護者          | ふりがな<br>氏名                                  | 生年月日 |       |       | 年 月 日 | 続柄 |     |
|              | 住所  | (電話) |       |       |       |    |     |
| 再交付申請<br>の理由 | 1 手帳をなくした。<br>2 手帳がき損した。<br>3 その他<br>[ ]    |      |       |       |       |    |     |

注1 写真（縦4cm横3cmで、脱帽し上半身を写したもの（宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことを妨げない。））を添付してください。