

様式第10号 (第13条関係) (用紙 日本産業規格A4縦型)

療育手帳再交付申請書

年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

申請者 氏 名 ㊟

(氏名を自署する場合は、押印は不要です。)

次のとおり療育手帳の再交付を受けたいので、静岡県療育手帳交付規則第13条第1項の規定により関係書類を添えて療育手帳を添えて申請します。

交付番号		第 号		
本人	住所	〒 (電話番号 - - )		
	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	性別	男・女
保護者	住所	〒 (電話番号 - - )		
	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	続柄	
再交付の理由 (該当する番号に○)		1 紛失 (具体的な状況を記載してください。) 2 破損 3 記載欄に余白がなくなった。 4 写真が本人であることを認め難くなった。		

備考 申請者は、手帳の再交付を受けようとする本人又はその保護者としてください。