

療育手帳再交付申請書							
和歌山県知事 様		年 月 日		申請者氏名 _____ 印			
療育手帳の再交付を受けたいので、次により申請します。							
本人	フリガナ 氏名	姓 _____	名 _____	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日 (満 歳)	性別 男 女	
	住所	〒 □ □ □ □ - □ □ □ □			電話番号	☎ ()	
	電話番号	☎ ()					
保護者	フリガナ 氏名	姓 _____	名 _____	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日 (満 歳)	続柄	
	住所	〒 □ □ □ □ - □ □ □ □			電話番号	☎ ()	
	電話番号	☎ ()					
手帳	和歌山・ _____ 第 _____ 号 年 月 日交付			障害の 程度			
再交付理由	該当する項目の番号を○で囲んでください。 また、4の場合は () 内にその理由も併せてご記入ください。 1 記載事項に余白がなくなった。 2 破損した。 3 紛失した。 4 その他 ()						
参考	身体障害者手帳を持っていますか。		<input type="checkbox"/> はい (手帳番号) 和歌山・ _____ 第 _____ 号 <input type="checkbox"/> いいえ				
備考							

(注意事項)

- 1 申請者氏名には、本人又は保護者氏名を記入してください。
- 2 申請者（本人又は保護者）は、記名押印に代えて署名することができます。
- 3 本人又は保護者の氏名・住所に変更のある場合は、変更届も一緒に提出してください。

受 付 印	
県	市町村