

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	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 4 cm×横 3 cm）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。