様式第４号

市町名表記の収受印欄

（居住地特例適用の場合は、更生援護実施市町が押印）

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。