様式第４号

療育手帳再交付申請書

　　兵 庫 県 知 事　　様

　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄　　　　　電話番号

　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 |  | 生年月日 | 　 　　年　　月　　日 |
| 性　別 | 男　・　女 |
| 住　所 |  〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□申請者に同じ（電話番号　　　　　　　　） |
| 保護者 | 氏　名 |  | 続　柄 |  |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□申請者に同じ（電話番号　　　　 　　　　） |
| 手帳番号 | 兵 庫 県　　　　　　　　号 | 　　　　　年　　　月　　　日交付 |
| 理由 | □紛失□き損□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

注１　申請者氏名欄には、手帳の交付を受けている本人又は保護者の氏名を記入してください。

注２　申請の時は、本人の写真（縦４cm×横３cm）を添付して下さい。

注３　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。