

様式(5)

療育手帳再交付申請書

てちょうこうふばんごう 手帳交付番号	
-----------------------	--

ねん がつ 日にち
年 月 日

ほっかいどうちじ
北海道知事

さま
様

てちょうしよじしやしめい
手帳所持者氏名

せいねんがっぴ
生年月日

ねん がつ 日にち
年 月 日生

じゅうしょ
住所

こじんばんごう
個人番号

つぎ りゆう
次の理由により療育手帳の再交付を申請します。

りゆう
理由

(注) てちょうしよじしやしめい てちょう さいこうふ う ほんにん しめい きにゆう
手帳所持者氏名は、手帳の再交付を受けようとする本人の氏名を記入し
てください。