

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 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 にちうまれ  
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 理由により療育手帳の再交付を申請します。

理由

(注) 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。