

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

てちょうしよじしゃしめい
手帳所持者氏名

いん
(印)

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

でんわばんごう
電話番号

つぎ りゆう 理由により療育手帳の再交付を申請します。

りゆう
理由

(注) 記名押印に代えて署名することができます。