

様式（5）

療育手帳再交付申請書

| | |
|--------|--|
| 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 にち
年 月 日生

じゅうしょ
住所

つぎ りゆうにより療育手帳の再交付を申請します。

りゆう
理由

ちゆう きめいおういんか しよめい
(注) 記名押印に代えて署名することができます。