

療 育 手 帳 再 交 付 申 請 書

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

静岡県知事 様

申請者 沼津 一郎 ㊟

(氏名を自署する場合は、押印は不要です。)

次のとおり療育手帳の再交付を受けたいので、静岡県療育手帳交付規則第13条第1項の規定により関係書類を添えて療育手帳を添えて申請します。

交付番号		○○ 第 ○○○ 号	
本人	住所	〒410-8601 沼津市御幸町16-1 (電話番号 055-934-2556)	
	ふりがな	ぬまづ いちこ	
	氏名	沼津 一子	
	生年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日	性別
保護者	住所	〒410-8601 沼津市御幸町16-1 (電話番号 055-934-2556)	
	ふりがな	ぬまづ いちろう	
	氏名	沼津 一郎	
	生年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日	続柄
再交付の理由	<p>1 亡失 (具体的な状況を記載してください。)</p> <p>2 き損</p> <p>3 記載欄に余白がなくなった。</p> <p style="color: red;">} 該当するものを選択</p>		

備考 申請者は、手帳の再交付を受けようとする本人又はその保護者としてください。