様式第５号（第６条関係）

療 育 手 帳 再 交 付 申 請 書

年　　月　　日

長崎県知事　様

療育手帳の再交付を下記のとおり申請します。

の　り
１年以内に撮影した 縦４㎝×横３㎝で 上半身･脱帽・無背景 (耐久性のあるもの) 裏面に氏名を記載

申請者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　（続柄　　）

記

◇再交付理由（該当するものに〇を）

1　紛失（　　年　　頃）

2　破損

3　汚損

4　記載欄に余白なし

5　その他（　　）

＊太枠の中を記入下さい。

療育手帳番号					障害程度		
本人	フリガナ			男・女	生年月日		
	氏名	姓	名		年　月　日		
	個人番号						
	住所	〒　－ 市 町	電話（　　）　－				
	施設を利用中の場合	施設名					

保護者	フリガナ			続　柄
	氏名	姓	名	
	住所	〒　－ 市 町	電話（　　）　－	

台帳管理	市・町

再交付日	年　月　日	市支所受付印	市町受付印	県福祉事務所受付印
通信欄：				