

(様式第10号)

療育手帳再交付申請書

本人	ふりがな 氏名	印	生年月日	S・H・R 年 月 日	性別	男・女
	住所	〒 (電話 - -)				
保護者	ふりがな 氏名	印	生年月日	S・H 年 月 日	続柄	
	住所	〒 (電話 - -)				

令和 年 月 日

岡山県知的障害者更生相談所長 殿

(申請理由)

療育手帳を紛失したので
私の 療育手帳を破損し使用に耐えないので
療育手帳を岡山県が発行した新しい療育手帳に変更したいため
療育手帳の記載欄に余白がなくなったので
その他 (具体的に)

- (注) 1 療育手帳を所持している場合は、療育手帳の写しを添えて提出して下さい。
2 申請理由は該当するものを○で囲んで下さい。
3 現在お持ちの療育手帳は新しい手帳と引換えに返還すること。

旧手帳番号 第 号 (年 月 日交付)