

療育手帳再交付申請書					
和歌山県知事 様		申請者氏名 _____		年 月 日	
療育手帳の再交付を受けたいので、次により申請します。					
本人	フリガナ 氏名	姓 _____	名 _____	生年月日 (満 歳)	性別 男 女
	住所 電話番号	〒□□□-□□□□ ☎			
保護者	フリガナ 氏名	姓 _____	名 _____	生年月日 (満 歳)	続柄
	住所 電話番号	〒□□□-□□□□ ☎			
手帳	和歌山・ _____ 第 _____ 号 _____ 年 月 日交付			障害の 程度	
再交付理由	該当する項目の番号を○で囲んでください。 また、4の場合は（ ）内にその理由も併せてご記入ください。 1 記載事項に余白がなくなった。 2 破損した。 3 紛失した。 4 その他（ _____ ）				
備考					

(注意事項)

- 1 申請者氏名には、本人又は保護者氏名を記入してください。
- 2 本人又は保護者の氏名・住所に変更のある場合は、変更届も一緒に提出してください。
- 3 写真1枚(横2.5cm×縦3cm(正面、帽子を被らず、上半身を写したものを添付してください。  
 ※例外として、申請者の申出により、都道府県知事が宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で覆うことを認める場合を除く。

受 付 印	
県	市町村