

様式（５）

療育手帳再交付申請書

てちょうこうばんごう 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

てちょうしよじしやめい
手帳所持者氏名

せいねんがっぴ
生年月日

ねん がつ にちうまれ
年 月 日生

じゅうしょ
住所

こじんばんごう
個人番号

つぎ りゆう
次の理由により療育手帳の再交付を申請します。

りゆう
理由

ちゅう て ちょうしよじしやめい て ちょう さいこうふ う
(注) 手帳 所持者氏名は、手帳 の再交付を受けようとされる本人の氏名を記入し
てください。