様式(５)

療育手帳再交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 手帳交付番号 |  |

　　　　　年　　　月　　　日

北海道知事　様

手帳所持者氏名 　　　　　　　　　　㊞

生年月日　　　 年　　月　　日生

住　　所　　鹿部町字

届出者氏名

住　　所　　鹿部町字

次の理由により療育手帳の再交付を申請します。

　　　理　由

(注)記名押印に代えて署名することができます。