

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

次の理由により療育手帳の再交付を申請します。

理 由

（注）手帳所持者氏名は、手帳の再交付を受けようとする本人の氏名を記入してください。