

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しめい  
手帳所持者氏名

せいねんがっぴ  
生年月日

ねん がつ にち  
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 により 療育手帳の再交付を申請します。

りゆう  
理由

（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。