

様式(5)

療育手帳再交付申請書

手帳交付番号	
--------	--

平成 年 月 日

北海道知事 高橋 はるみ 様

手帳所持者氏名 (印)

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) 記名押印に代えて署名することができます。

(参考)

本人氏名

(男・女)

本人住所

保護者氏名

保護者続柄

保護者住所

電話番号 () -