

第4号様式

令和 年 月 日

高知県知事様

(申請者)  
氏名

上部1cmだけ貼付  
してください。

写真

3×4cm

### 療育手帳再交付申請書

療育手帳制度実施要綱第9条の規定により療育手帳の再交付を申請します。

手帳番号		第 号			
本人	住所	(電話 - - )			
	ふりがな	生年月日	昭平令 年 月 日	性別	男・女
	氏名				
保護者	住所	(電話 - - )			
	ふりがな		続柄		
	氏名				
再交付理由	1. 紛失 2. 汚損 3. 要綱改正に伴い、再交付を希望 4. その他 ( )				

市町村受付印

- (注) ① 手帳表示の「次の判定年月」を過ぎている場合は、確認判定を受けてください。ただし、要綱改正に伴い確認判定が不要である場合は、受ける必要はありません。  
② 再交付理由が1以外の場合は、手帳を添付してください。