

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

電話番号

個人番号

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。