(様式第10号)

療育手帳再交付申請書

本人	ふりがな 氏名		生年 月日	年 月 日	性別	男・女
	住所	〒 (電話 - -)				
	個人番号					
保護者	ふりがな 氏名		生年 月日	年 月 日	続柄	
	住所	〒 (電話 - -)				
令和 年 月 日						
岡山県知的障害者更生相談所長 殿						
(申請理由)						
療育手帳を紛失したので 療育手帳を破損し使用に耐えないので 私の 療育手帳の記載欄に余白がなくなったので 療育手帳の写真が成長などにより古くなったので 岡山市発行の療育手帳を岡山県が発行する手帳に変更したいため その他 (具体的に)						
(注) 1 療育手帳を所持している場合は、療育手帳の写しを添えて提出して下さい。						
2 申請理由は該当するものを○で囲んで下さい。						
3 現在お持ちの療育手帳は新しい手帳と引換えに返還すること。						
旧手帳番号 第 号 (年 月 日交付)						