

(様式第7号)

療育手帳再交付申請書					
年 月 日					
置賜総合支庁長 殿					
申請者氏名 _____ 印					
本人との続柄 _____					
さきに療育手帳の交付を受けましたが、					
<table border="1"><tr><td style="padding: 10px;">・なくしたので ・棄損して使用不能になったので ・記載欄に余白がなくなったので</td></tr></table>					・なくしたので ・棄損して使用不能になったので ・記載欄に余白がなくなったので
・なくしたので ・棄損して使用不能になったので ・記載欄に余白がなくなったので					
再交付願いたく (旧手帳を添えて)					
申請いたします。					
本人	氏名		職業		
	住所		電話		
保護者	氏名		職業		
	住所		電話		
旧療育手帳番号	第 _____ 号(_____ 年 _____ 月 _____ 日交付)				
経由機関					
(市町村名) _____ 長井市福祉事務所					
療育手帳交付台帳記載 _____ 年 _____ 月 _____ 日					

(注) 写真(縦4センチ×横3センチで脱帽して上半身を写したものを)を1枚添付すること。