（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　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞本人との続柄　　　　　　　　　　さきに療育手帳の交付を受けましたが、・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㌢×横3㌢で脱帽して上半身を写したもの）を1枚添付すること。