

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

(印)

生年月日

年

月

日生

住所

次の理由により療育手帳の再交付を申請します。

理 由

(注) 記名押印に代えて署名することができます。