

様式（5）

療育手帳再交付申請書

手帳交付番号	
--------	--

平成 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

次の理由により療育手帳の再交付を申請します。

理由

（注）記名押印に代えて著名することができます。