

様式第4号

療育手帳再交付申請書

宮崎県知事 殿

年 月 日

申請者

(電話番号 —)

所持者名

生年月日 年 月 日生

さきに療育手帳の交付を受けましたが

- ・紛失しましたので
- ・記載欄に余白がなくなったので 再交付くださいますよう申請いたします
- ・破損し、使用に堪えませんでした

旧手帳番号 宮崎県 第 号(年 月 日交付)

備考 不要の箇所は消すこと。